

[資料編]



## 資料目次

資料 2-(1)-ア-① 消費者庁による「0歳児の窒息（就寝時の窒息）」の発生傾向の分析結果	135
資料 2-(1)-ア-② うつ伏せに寝かせたときの方が、仰向けに寝かせたときと比べてSIDSの発生率が高いとされている研究報告	135
資料 2-(1)-ア-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【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」(平成28年3月) <睡眠中のSIDS等の発生防止に係る記載部分の抜粋>	136
資料 2-(1)-ア-④ 保育所保育指針解説書(平成20年4月厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課) <睡眠中のSIDS等の発生防止に係る記載部分の抜粋>	136
資料 2-(1)-ア-⑤ 睡眠中の死亡事故が発生した保育施設において、呼吸等点検の不備を事故発生の要因の一つとして分析している重大事故報告書の例	137
資料 2-(1)-ア-⑥ 1歳児以上でも睡眠中のきめ細かな安全確認を行うことの重要性について触れられている検証報告書	138
資料 2-(1)-ア-⑦ 点検表を用いた呼吸等点検を開始した契機	139
資料 2-(1)-イ-① 幼児は転倒しやすく、浅いプールであっても溺れる可能性があることに言及している消費者安全調査委員会の報告書	141
資料 2-(1)-イ-② 2歳以下の不慮の溺死及び溺水の発生状況(平成22年から28年まで)	142
資料 2-(1)-イ-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【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」(平成28年3月) <プール活動・水遊び中の溺水事故の発生防止に係る記載部分の抜粋>	142
資料 2-(1)-イ-④ 「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」(平成29年6月16日付け雇児保発0616第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知) <抜粋>	143
資料 2-(1)-イ-⑤ 死亡につながった可能性のある原因として「監視体制に空白が生じた」ことが指摘されているプール活動・水遊び中の死亡事故に係る検証報告書	144
資料 2-(1)-イ-⑥ プール活動・水遊び中の指導役と監視役の分別配置を開始した契機	145
資料 2-(1)-ウ-① 乳幼児について、臼歯がなく食べ物を噛んですりつぶすことができないことや、食べるときに遊んだり泣いたりすることなどから食べ物による窒息が起きやすいと言及している内閣府食品安全委員会の公表資料	146
資料 2-(1)-ウ-② 消費者庁による年齢別に多い死亡事故の分析結果	146
資料 2-(1)-ウ-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【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」(平成28年3月) <食事時の誤えん事故の発生防止に係る記載部分の抜粋>	147
資料 2-(1)-ウ-④ 「食品による子供の窒息事故に御注意ください！－6歳以下の子供の窒息死事故が多数発生しています－」(平成29年3月15日消費者庁公表資料) <抜粋>	148
資料 2-(1)-ウ-⑤ 過去に発生した食事時の誤えんによる死亡事故に係る検証報告書の中で「チェック体制が十分に機能していたとはいいがたい」と指摘されて	

	いる保育施設において、事故後、検食簿を改善し、食材の調理方法に係る点検欄を追加している例	148
資料 2-(1)-ウ-⑥	点検表を用いた食材点検を開始した契機	150
資料 2-(1)-エ-①	平成 27 年度厚生労働科学特別研究事業「子供の医薬品誤飲防止のための包装容器評価に関する研究」(平成 28 年 3 月 研究代表者:土屋文人) ＜抜粋＞	151
資料 2-(1)-エ-②	2 歳以下の気道閉塞を生じた食物以外の物体の誤えんの発生状況 (平成 22 年から 28 年まで)	152
資料 2-(1)-エ-③	「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 玩具による乳幼児の気道閉塞事故」(平成 29 年 11 月 20 日消費者安全調査委員会) <抜粋>	153
資料 2-(1)-エ-④	「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) <日常保育中の玩具、小物等の誤えん事故の発生防止に係る記載部分の抜粋>	154
資料 2-(1)-エ-⑤	保育所保育指針解説書 (平成 20 年 4 月厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課) <日常保育中の玩具、小物等の誤えん事故の発生防止に係る記載部分の抜粋>	154
資料 2-(1)-エ-⑥	点検表を用いた施設内点検を開始した契機	155
資料 2-(1)-オ-①	厚生労働省平成 27 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 補助型調査研究「保育所入所児童のアレルギー疾患罹患状況と保育所におけるアレルギー対策に関する実態調査 調査報告書」(平成 28 年 3 月東京慈恵会医科大学) <抜粋>	157
資料 2-(1)-オ-②	「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) <食物アレルギー事故の発生防止に係る記載部分の抜粋>	157
資料 2-(1)-オ-③	「アレルギー疾患に関する施設調査 (平成 26 年度) 報告書」(平成 27 年 3 月東京都健康安全研究センター) <抜粋>	158
資料 2-(1)-オ-④	「乳幼児の食物アレルギー対策に関する実態調査 結果報告書」(平成 27 年 2 月中部管区行政評価局) <抜粋>	159
資料 2-(1)-オ-⑤	アレルギー児の把握に係る取組を開始した契機	160
資料 2-(1)-オ-⑥	誤食防止措置の実施状況 (措置別)	161
資料 2-(1)-オ-⑦	誤食防止措置を開始した契機	162
資料 2-(1)-カ	保育施設の種別及び証明書の交付の有無からみた重大事故発生防止対策の実施状況	163
資料 2-(1)-キ-①	監査時の最低限の確認事項となる各種通知における重大事故発生防止対策の記載状況	164
資料 2-(1)-キ-②	国において標準的な監査調書を作成してほしいとする調査対象 44 地方公共団体の意見の例	168
資料 2-(2)-①	救急自動車による現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移	169
資料 2-(2)-②	救命の可能性と時間経過の関連性	169
資料 2-(2)-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【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」(平成 28 年 3 月) <救急救命に係る実技講習や事故発生時の対処方法を身につける実践的な研修に係る記載部分の抜粋>	170
資料 2-(2)-④	「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】～地方自治体向け～」(平成 28 年 3 月)	

	＜救急救命に係る実技講習や事故発生時の対処方法を身につける実践的な研修に係る記載部分の抜粋＞	171
資料 2-(2)-⑤	保育施設が地域の消防署等と連携して救急救命訓練を実施できるように支援し、巡回指導などを通じて指導することについて触れられている検証報告書の提言	171
資料 2-(2)-⑥	「救急蘇生法の指針 2015（監修：日本救急医療財団心肺蘇生法委員会）」 ＜心肺蘇生法の技術の習得に係る記載部分の抜粋＞	172
資料 2-(2)-⑦	事故当時、保育士によって心肺蘇生法やAEDが確実に実施されていないことから一次救命処置の対応力が欠如していることについて指摘されている検証報告書の提言	172
資料 2-(2)-⑧	「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 玩具による乳幼児の気道閉塞事故」（平成 29 年 11 月 20 日消費者安全調査委員会）＜抜粋＞	173
資料 2-(2)-⑨	「救急蘇生法の指針 2015（監修：日本救急医療財団心肺蘇生法委員会）」 ＜気道内異物除去に係る記載部分の抜粋＞	174
資料 2-(2)-⑩	事故以前に誤えん事故を想定した研修や訓練をほとんど行っていなかったことについて指摘されている検証報告書	175
資料 2-(2)-⑪	「命を落とすこともある！ 子どもの誤飲事故」（平成 17 年 4 月 6 日独立行政法人国民生活センター記者説明会資料）＜抜粋＞	175
資料 2-(2)-⑫	「子どもを事故から守る!! 事故防止ハンドブック」（平成 29 年消費者庁） ＜抜粋＞	177
資料 2-(2)-⑬	「非医療従事者による自動体外式除細動器（AED）の使用について」（平成 16 年 7 月 1 日付け医政発第 0701001 号医政局長通知）＜抜粋＞	177
資料 2-(2)-⑭	一般市民により AED を使用した除細動が実施された件数	178
資料 2-(2)-⑮	AED の適正配置に関するガイドライン（平成 25 年 9 月 9 日 一般財団法人日本救急医療財団）＜抜粋＞	178
資料 2-(2)-⑯	国に対して保育施設を AED の設置が推奨される施設の一つとして位置付けることを期待することについて提言がなされている検証報告書	179
資料 2-(2)-⑰	「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）	179
資料 2-(2)-⑱	「医師法第 17 条の解釈について」（文部科学省からの照会及び当該照会に対する厚生労働省の回答）	180
資料 2-(2)-⑲	「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）	181
資料 2-(2)-⑳	「エピペン練習用トレーナーの無償貸与に関するご案内」（マイラン E P D 合同会社 エピペンカスタマーサポートセンター）	181
資料 2-(2)-㉑	アナフィラキシーの症状が出たにもかかわらず、エピペンを打たずに初期対応を誤ったことについて指摘されている検証報告書	182
資料 2-(2)-㉒	過去にアナフィラキシーにつながりかねないヒヤリハットを経験したことを契機としてエピペンの使用方法に関する実技講習に保育従事者を参加させた保育施設の事例	182
資料 2-(2)-㉓	「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」（平成 5 年 3 月 30 日付け消防救発第 41 号消防庁次長通知）＜抜粋＞	183
資料 2-(2)-㉔	保育施設の種別及び証明書の交付の有無からみた救急救命講習への参加状況	184
資料 2-(2)-㉕	監査時の最低限の確認事項となる各種通知における救急救命講習への参加状況及び消防訓練の実施状況に係る記載状況	185

資料 2-(2)-②⑥	保育所及び地域型保育施設における消火及び避難訓練の実施状況	186
資料 2-(2)-②⑦	収容人員 30 人以上の保育施設における通報訓練の実施状況	187
資料 2-(2)-②⑧	収容人員 30 人以上の幼保連携型認定こども園及び認可外保育施設における消火及び避難訓練の実施状況	187
資料 3-①	保育施設等における事故の発生又はその再発を防止するための措置に関する関連法令等	188
資料 3-②	「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 日付け府政共生 96 号、26 初幼教第 30 号、雇児保発 0216 第 1 号内閣府政策統括官(共生社会政策担当)付参事官(少子化対策担当)、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連名通知) <抜粋>	189
資料 3-③	「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」(平成 13 年 3 月 29 日付け雇児発第 177 号、最終改正平成 28 年 6 月 20 日雇児発 0620 第 27 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)の別添「認可外保育施設指導監督基準」<抜粋>	190
資料 3-④	災害共済給付制度概要	191
資料 3-⑤	災害報告書(幼稚園、幼保連携型認定こども園又は保育所等用)(様式)	192
資料 3-⑥	医療等の状況(様式)	193
資料 3-⑦	「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【事故発生時の対応】～施設・事業者、地方自治体共通～」(平成 28 年 3 月) <抜粋>	194
資料 3-⑧	「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 日付け府子本第 191 号、27 文科初第 1788 号、雇児総発 0331 第 6 号、雇児職発 0331 第 1 号、雇児福発 0331 第 2 号、雇児保発 0331 第 2 号内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)、同本部参事官(認定こども園担当)、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、同局職業家庭両立課長、同局家庭福祉課長、同局保育課長連名通知) <抜粋>	195
資料 3-⑨	監査時の最低限の確認事項となる各種通知における重大事故報告に係る記載状況	196
資料 3-⑩	保育施設の種別及び証明書の交付の有無からみた死亡事故以外の重大事故及び重大事故以外の事故の記録状況	197
資料 4-(1)-①	当該保育施設に対する実地監査を事業開始以降一度も実施していなかったことが、「行政による指導体制に関する問題点や課題」として指摘されている死亡事故に係る検証報告書	198
資料 4-(1)-②	当省が調査した保育施設に対して監査権限を有する地方公共団体において、重大事故発生防止対策等を実施していないことについて指摘できていない主な事例	199
資料 4-(1)-③	年 1 回以上の実地監査を実施できていない地方公共団体における主なその理由	200
資料 4-(1)-④	厚生労働省が公表している、地方公共団体別の届出対象認可外保育施設に対する実地監査の実施率<抜粋>	201
資料 4-(1)-⑤	国の各種監査通知における改善勧告等に係る記載	202
資料 4-(1)-⑥	改善勧告等を実施する際の留意事項を示した内閣府及び厚生労働省による地方公共団体向けの通知	203
資料 4-(1)-⑦	「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】～自治体向け～」(平成 28 年 3 月) <	

抜粋> .....	204
資料 4-(1)-⑧ 「認可外保育施設指導監督の指針」(「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」(平成 13 年 3 月 29 日付け雇児発第 177 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)の別紙) <抜粋> .....	204
資料 4-(2)-① 「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 日付け府子本第 191 号、27 文科初第 1788 号、雇児総発 0331 第 6 号、雇児職発 0331 第 1 号、雇児福発 0331 第 2 号、雇児保発 0331 第 2 号内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)、同本部参事官(認定こども園担当)、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、同局職業家庭両立課長、同局家庭福祉課長、同局保育課長連名通知) <抜粋> .....	205
資料 4-(2)-② 「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」(平成 29 年 9 月 11 日付け内閣府子ども・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事務連絡) <抜粋> .....	207
資料 4-(2)-③ 「「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」(平成 29 年 12 月 18 日付け内閣府子ども・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事務連絡) <抜粋> .....	208
資料 4-(2)-④ 検証委員会の開催状況 .....	210
資料 4-(3)-① 「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) <抜粋> .....	211
資料 4-(3)-② 「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) <食物アレルギーに係る事故情報の共有に係る部分の抜粋> .....	212
資料 4-(3)-③ 「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) <抜粋> .....	213
資料 4-(3)-④ 「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) <アナフィラキシーの重症度に係る部分の抜粋> .....	214
資料 5-① 保育士の有効求人倍率の推移 .....	215
資料 5-② 「東京都保育士実態調査報告書」(平成 26 年 3 月東京都福祉保健局) <抜粋> .....	216
資料 5-③ 「施設型給付費等に係る処遇改善等加算について」(平成 27 年 3 月 31 日付け府政共生第 349 号、26 文科初第 1463 号、雇児発 0331 第 10 号内閣府政策統括官(共生社会政策担当)、文部科学省初等中等教育局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長連名通知) <抜粋> .....	217
資料 6-(2)-① 「保育分野に関する調査報告書」(平成 26 年 6 月公正取引委員会) <抜粋> .....	222
資料 6-(2)-② 保育士等の配置数に係る情報の保育施設内への掲示状況 .....	223
資料 6-(2)-③ 保育施設において、保育士等の配置数に係る情報を保育施設内に掲示していない理由 .....	223
資料 6-(2)-④ 保育士等の配置数に係る情報の利用申込者に対する書面交付状況 .....	224
資料 6-(2)-⑤ 保育施設において、保育士等の配置数に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない理由 .....	224
資料 6-(2)-⑥ 保育士等の配置数に係る情報の利用申込者に対する説明状況 .....	225
資料 6-(2)-⑦ 保育施設において、保育士等の配置数に係る情報を利用申込者に対して説明していない理由 .....	225

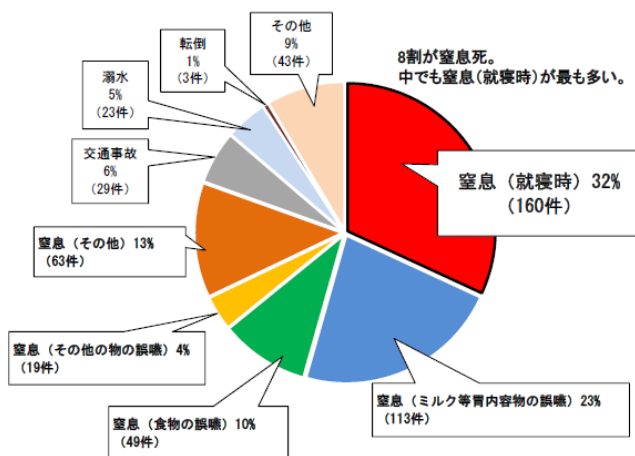
資料 6-(2)-⑧ 保育する乳幼児に関する保険に係る情報の利用申込者に対する書面交付 状況	226
資料 6-(2)-⑨ 保育施設において、保育する乳幼児に関する保険に係る情報を利用申込者 に対して書面交付していない理由	226
資料 6-(2)-⑩ 提携医療機関に係る情報の利用申込者に対する書面交付状況	227
資料 6-(2)-⑪ 保育施設において、提携医療機関に係る情報を利用申込者に対して書面交 付していない理由	227
資料 6-(2)-⑫ 苦情受付窓口に係る情報の利用申込者に対する書面交付状況	228
資料 6-(2)-⑬ 保育施設において、苦情受付窓口に係る情報を利用申込者に対して書面交 付していない理由	228



## 5. 個別事故分析:「0歳児の窒息（就寝時の窒息）」の発生傾向

- ①0歳の事故死は5年間で502件と、全体の1/4を占めるが、そのうち、8割が窒息死。
- ②就寝時の窒息死が、32%と最も多く発生しており、ほとんどが家庭内で起きている。
- ③誤嚥（ミルク等胃内容物、食物、その他の物）による窒息死が、計36%発生している。

### 1)0歳児の不慮の事故死の原因



### 2)0歳児の就寝時の窒息事故の状況

（調査票で、事故の状況について記載があり、内容が確認できたもの）

事故の状況	件数
顔がマットレスなどに埋まる	33件
掛け布団等の寝具が顔を覆う・首に巻き付く	17件
ベッドと壁の隙間などに挟まれる	13件
ベッドからの転落に起因する窒息	7件
家族の身体の一部で圧迫される	5件
ベッド上の衣類やクッション等で顔を覆われる	4件
その他、詳細不明	81件
計	160件

### 3)月齢別の傾向

消費者庁が確認した就寝時の窒息死160件のうち、生後6ヶ月までに全体の約7割が発生

（注）平成28年11月2日に開催された「平成28年度 第2回 子供の事故防止に関する関係府省庁連絡会議」の配布資料による。

## 資料2-(1)-ア-② うつぶせに寝かせたときの方が、仰向けに寝かせたときと比べてSIDSの発生率が高いとされている研究報告

**要約：**乳幼児死亡の低減を計るため、乳幼児期の主な死因である不慮の事故および乳幼児突然死症候群(SIDS)について、その実態を明かにし、今後の啓発・支援システムのあり方を検討するために研究を行った。

平成7年のSIDSは579名で発生頻度は出生1,000人対で0.49、平成8年は526名で発生頻度0.44。平成7年、8年共に乳児(0歳)死因順位の第3位であった。また、新生児期を除いた生後4週以降1歳未満の死因順位では、先天奇形に次いで第2位であった。SIDSは男児、複産、出生体重2500g未満、妊娠期間36週未満、母の年齢25歳未満、死亡月は12月から5月、死亡時刻は早朝4時から午前中、および第3子以降に多かった。また、保健婦による聞き取り調査の結果、SIDSは対照児に比べ次の育児環境因子と関連が高かった。すなわち、寝かせ方についてはうつぶせ寝があおむけ寝に比べて高く、そのオッズ比は3.00（ $P < 0.001$ 、95%信頼区間2.03～4.64）であった。栄養方法については、人工栄養児が母乳栄養児に比べて高く、そのオッズ比は4.83（ $P < 0.001$ 、95%信頼区間2.73～9.48）であった。喫煙については、両親が喫煙していると高く、オッズ比は4.67（ $P < 0.001$ 、95%信頼区間2.14～12.54）であった。今回の調査結果より、SIDSはうつぶせ寝、母乳栄養でない児、両親の喫煙により3.00～4.83倍多く発生すると結論された。今後は、SIDSの病態の解明および家族や社会への育児環境因子の啓発方法等についてのより細かい検討が必要と思われた。また、事故に関しても約15,000の事故症例を収集できたことより、これを詳細に分析し、年齢別、場所別など事故防止策の検討を行うべきである。

（注）平成9年度厚生省心身障害研究「乳幼児死亡の防止に関する研究 総括研究報告」（主任研究者 田中哲郎）による。

資料 2-(1)-ア-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  
【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」（平成 28 年 3 月）＜睡眠中の S  
IDS 等の発生防止に係る記載部分の抜粋＞

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等

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。

**Point 窒息リスクの除去の方法**

- ・ 医学的な理由で医師からうつ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。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-ア-④ 保育所保育指針解説書（平成 20 年 4 月厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課）  
＜睡眠中の SIDS 等の発生防止に係る記載部分の抜粋＞

第 3 章 保育の内容

2 保育の実施上の配慮事項

(2) 乳児保育に関わる配慮事項

ア 乳児は疾病への抵抗力が弱く、心身の機能の未熟さに伴う疾病の発生が多いことから、一人一人の発育及び発達状態や健康状態についての適切な判断に基づく保健的な対応を行うこと。

(略)

SIDS（乳幼児突然死症候群）に対しても、うつせ寝を避け、睡眠時にチェック表を利用して乳児の様子を把握するなど、十分な配慮が必要です。特に、入所して間もない頃の保育は複数の目による観察と注意が必要です。

(注) 1 下線は当省が付した。

2 ゴシック体の箇所は、保育所保育指針に定められている箇所である。

資料 2-(1)-ア-⑤ 睡眠中の死亡事故が発生した保育施設において、呼吸等点検の不備を事故発生要因の一つとして分析している重大事故報告書の例

No.	事故の概要	重大事故報告書における記載内容	
		呼吸等点検の不備が事故発生の要因として分析されている箇所	呼吸等点検に係る再発防止のための改善策が記載されている箇所
1	認可外保育施設に通う 0 歳児について、夕刻に登園し、深夜に入眠してから 2 時間程度経過したお迎えの引渡し時に心肺停止状態であることが判明（死因：不明）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SIDS チェック（5 分おきの寝ている向き、呼吸状態等のチェック）をうす暗い状態の中で、目視のみでのチェックであったため十分とは言えず、異常に気付くことができなかった。</li> <li>・ うす暗い中でのチェックについて、ペンライト等で対応できていなかった。</li> <li>・ SIDS チェックの重要性に対して、認識が甘かった。</li> <li>・ 事故より 6 日前のミーティングで、SIDS チェックについて話し合ったが、しっかり情報共有できていなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ SIDS チェック表の改善を行った。</li> <li>・ 顔が確認できる明るさと必ず触って呼吸を確認することを徹底した。</li> <li>・ 保育従事者全員への周知を行うとともに、緊急時の対応について、今年度研修を前倒しで実施する。</li> </ul>
2	認可外保育施設に通う 1 歳児について、昼前に入眠してから 2 時間程度経過したところで、いつもなら自分から起きてくるのに起きてこないため、保育者が声をかけたり頬に触れたりしたところ異常が判明。救急車を要請するも死亡（死因：調査中）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ マニュアルでは睡眠時のうつ伏せ寝を禁止し、5 分間のチェックをするように記載もしていた。しかし、現場で実行されていなかった。</li> <li>・ 午前の活動の際には保育者の担当が明確になっているが、午睡以降は全員で見ているという意識があり、責任の所在が明確でなかった。</li> <li>・ 当児は別の部屋で午睡させていたため、確認が十分でなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 園内研修報告を徹底し、マニュアルの未確認社員を 0 とする。</li> <li>・ 保育室内設置用マニュアルを作成し、i) 目視だけではなく確実に確認する、ii) 5 分間隔の確認はタイマーを用いて確実にを行う、iii) 午睡中の責任者を明確にするために責任者はビブスを着用するなどの内容を盛り込んだ。</li> <li>・ 睡眠時チェック表を見直し、検温や子どもの状態、温湿度等を追記した。</li> </ul>

(注) 特定教育・保育施設等における事故情報データベースの掲載内容に基づき、当省が作成した。

資料 2-(1)-ア-⑥ 1歳児以上でも睡眠中のきめ細かな安全確認を行うことの重要性について触れられている検証報告書

- 「東京都教育・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検証委員会報告書 事業所内保育施設で午睡時にうつぶせ寝で寝かされた1歳児の死亡事故から私たちが学ぶ、1歳児の保育と低年齢児に対する丁寧な保育の大切さについて」（平成29年3月8日東京都教育・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検証委員会）〈抜粋〉

第三章 本事例から明らかとなった問題点や課題

(2) 各論

(イ) 午睡対応に関すること

- 都の立入調査結果によると、当該児に限らず1歳未満児に対しても、5分ごとのチェック表はあるものの、観察時間が不規則であり、また記録が不十分であるなど、睡眠中の児童の顔色、呼吸の状態をきめ細かく観察していなかったことが確認された。

(専門家ヒアリングによる意見)

- ・ 保育施設における0歳児の睡眠中の突然死発生数を0歳の園児1,000人に対する割合を求め、出生1,000人に対する1歳未満乳児突然死発生率と比較すると、保育施設での発生率は全国のそれより下回っている。
- ・ しかし、同様に保育施設における1・2歳児の睡眠中の突然死発生率を同様に求め、日本全体で発生する1・2歳児の突然死数を1・2歳児人口1,000人に対する割合と比較すると、保育施設での発生率が日本全体のそれを上回っている。
- ・ 1歳未満のお子さんの日本の突然死の数を、0歳児の認可保育所、認可外保育施設を合わせた園児数で割って、園児1,000人あたりどのくらい起こるかというような形で出すと、明らかに日本全体よりも保育施設の方が0歳児は少ないが、1、2歳児は保育施設の方が日本の統計よりもはるかに高い。
- ・ また、登園初期の発生率が非常に高い。
- ・ 1歳以上は乳児期早期に比べると、うつぶせ寝の影響は低いだろう。ただ、特にこの年齢層になると個々の子どもによって随分対応が変わってくる。子どもの寝方、寝付き方、体格の成長具合、臓器の成長発達具合、既往症の有無やその時の児の健康状態など個々のケースによって異なる。とりわけ慣れない環境においてのうつぶせ寝は、1歳を超えても危険であることが指摘されている。
- ・ 突然死を全体でみるのは危険である。一人一人丁寧にみて、この子は母親が帰った後にずっと泣いている子だとか、そういった生活歴を一つ一つ見ながら考えていかなければならない。

第四章 より良い保育の実現に向けた提言

(1) 国、都、区市町村が取り組む課題

(イ) 午睡時におけるうつぶせ寝の取扱いについて

保育所は家庭とは異なる環境であることを十分に留意し、子どもの身体的な成長にしても発達にしても、個人差を念頭に、国のガイドラインを一律になぞるのではなく、一人一人の発達の状態に応じてきめ細かく対応していくことが必要である。

**提言3**

**【国】【都】【区市町村】**

国は、うつぶせ寝の取扱いについて、自治体や保育事業者が取り組みやすいよう、午睡において留意すべき内容を具体的に示すこと。都及び区市町村は、リスクに対する意識が高まるよう、1歳以上でも、例えば、子どもの家庭での生活や就寝時間、発達の状況など一人一人の状況を把握できるまでの間は、必ず仰向けに寝かせて、子どもの安全確認をきめ細かく行うことなど、都内全保育所に対して周知徹底を図ること。

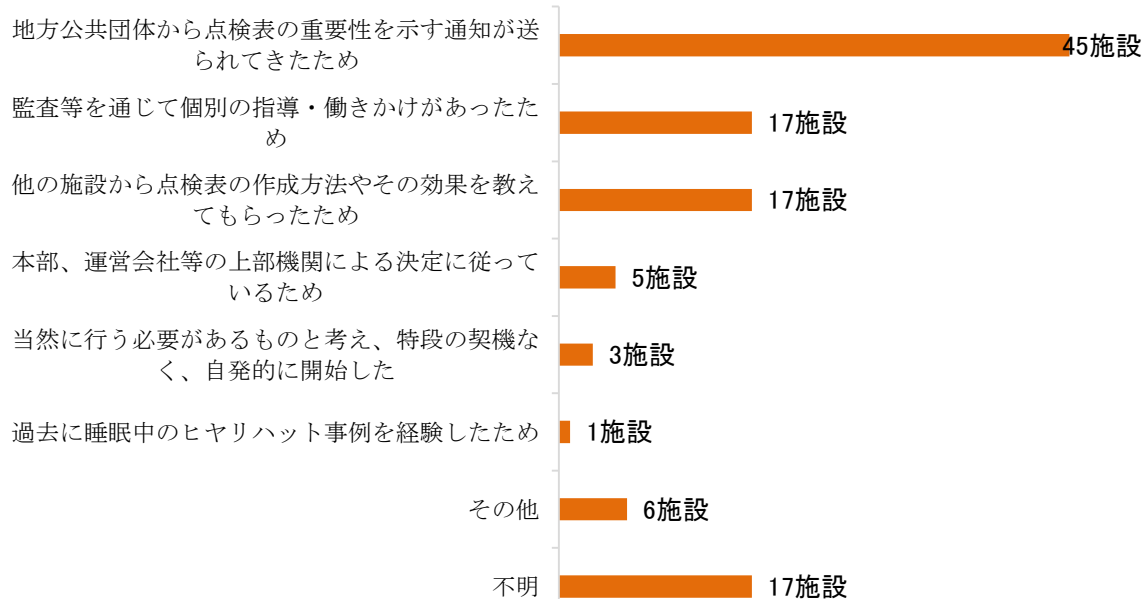
(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-ア-⑦ 点検表を用いた呼吸等点検を開始した契機

図表 1 0歳児に対する点検表を用いた呼吸等点検を開始した契機

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
地方公共団体から点検表の重要性を示す通知が送られてきたため	45	40.5
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	17	15.3
他の施設から点検表の作成方法やその効果を教えてもらったため	17	15.3
本部、運営会社等の上部機関による決定に従っているため	5	4.5
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	3	2.7
過去に睡眠中のヒヤリハット事例を経験したため	1	0.9
その他	6	5.4
不明	17	15.3
合計	111	100



図表2 1歳児に対する点検表を用いた呼吸等点検を開始した契機

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
地方公共団体から点検表の重要性を示す通知が送られてきたため	49	45.4
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	17	15.7
他の施設から点検表の作成方法やその効果を教えてもらったため	15	13.9
本部、運営会社等の上部機関による決定に従っているため	5	4.6
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	3	2.8
過去に睡眠中のヒヤリハット事例を経験したため	1	0.9
その他	6	5.6
不明	12	11.1
合計	108	100



(注) 1 当省の調査結果による。

2 0歳児については、点検表を用いた呼吸等点検を定期的実施していた111施設の状況を、1歳児については、同108施設の状況を整理した。

3 資料中の構成比は、小数第2位を四捨五入しているため、合計が100にならないものもある。

資料 2-(1)-イ-① 幼児は転倒しやすく、浅いプールであっても溺れる可能性があることに言及している消費者安全調査委員会の報告書

○ 「消費者安全法第 23 条第 1 項に基づく事故等原因調査報告書 平成 23 年 7 月 11 日に神奈川県内の幼稚園で発生したプール事故」(平成 26 年 6 月 20 日消費者安全調査委員会) <抜粋>

4 分析

4.1 溺水

4.1.1 溺水のメカニズム

(2) プールにおける幼児の特性とリスク

幼稚園等でプール活動の監視を行う際に見落としがちなリスクとして次のような点がある。

○ 幼児は、

- ・ 頭部が体の割に大きくて重いので高い位置に重心がある
- ・ 目線の位置が低く、また視界が狭い

- ・ 興味の対象に関心が集中するため、全体を見たりとっさの状況で判断する力や危険を予知する能力が乏しい

などの特徴があることから、大人よりも転倒しやすい。また、重心の位置が高いことに加え、自分の体重を支えるだけの腕力がないため、転倒してしまうと起き上がるのが困難である。

- 面積の小さいプールで幼児が密集した状態で行われることが多い幼稚園等のプール活動等においては、他の幼児との接触による転倒のリスクがある。また、幼児が密集する中、水中で異常が発生すると発見しにくい。

- うつぶせに横たわった状態では、ごく僅かな水深であっても鼻と口が水没して溺れる。

- 人が液体を飲み込むときには、通常は反射によって喉頭蓋が気管を塞いで液体は食道に流れ込むが、幼児が何らかの原因によりプールで鼻と口まで水没した場合、姿勢によっては瞬間的に反射が働かない、あるいは反射が間に合わず、気管内に水を吸引してしまう。

- 気管内に水を吸引してしまっても足が着き上半身が出る程度の浅い水深であれば、すぐに立ち上がる等の対処ができるため溺れたりしないだろうと考えがちであるが、水難救助の専門家によると、幼児は、対処能力が未発達のため、気管に水が入ったときに体が動かない状態になってしまうことがあり、立ち上がるなど自力での対処は困難な可能性が考えられる。

- 人の溺水は、極めて短時間で事態が進行してしまう。また、溺れた瞬間にもがく場合とともがかない場合があり、水難救助の専門家によると、「ばたばた」ともがくことをしないで、動かず静かに溺れていることが多いと言われている。

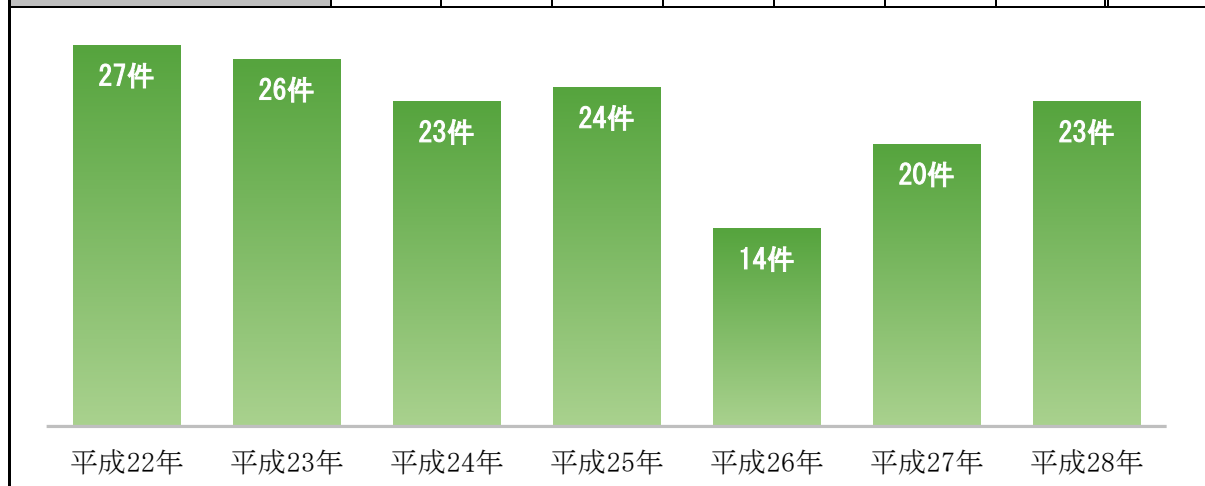
こうした特性を踏まえると、幼稚園等でプール活動等を実施する際は、幼児は転倒しやすく、浅いプールであっても溺れる可能性があること、動かず静かに溺れていることもあること、また、幼児が密集する中、水中で異常が発生すると発見しにくいということに十分な注意が必要である。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-イ-② 2歳以下の不慮の溺死及び溺水の発生状況（平成22年から28年まで）

（単位：件、％）

区分	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	合計
2歳以下の不慮の事故	207	408	157	167	150	145	133	1,367
2歳以下の不慮の溺死及び溺水	27	26	23	24	14	20	23	157
2歳以下の不慮の事故全体に占める2歳以下の不慮の溺死及び溺水の割合	13.0	6.4	14.6	14.4	9.3	13.8	17.3	11.5



（注）厚生労働省「人口動態調査」に基づき、当省が作成した。

資料 2-(1)-イ-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【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」（平成28年3月）＜プール活動・水遊び中の溺水事故の発生防止に係る記載部分の抜粋＞

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

（1）安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等

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

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。

**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。
- ・ 定期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

（注）下線は当省が付した。



資料 2-(1)-イ-④ 「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」(平成 29 年 6 月 16 日付け雇児保発 0616 第 1 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知) <抜粋>

(略)

つきましては、引き続き、プール活動・水遊びを行う場合の事故の発生を防止するため、ガイドラインの周知を図るとともに、別添 1 「水泳等の事故防止について(平成 29 年 4 月 28 日付け 29 ス庁第 99 号スポーツ庁次長通知)」を参考にして、特に下記の点に留意の上、管内の保育所等及び市町村に対して安全管理及び事故防止の徹底を周知するようお願いいたします。

(略)

記

- 1 プール活動・水遊びを行う場合は、適切な監視・指導體制の確保と緊急時への備えとして次のことを行うよう保育所等に対して周知徹底を図られたい。また、既にこれらの取組を行っている保育所等に対しては、再度、周知徹底を図られたい。
  - (1) 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こと。
  - (2) 事故を未然に防止するため、プール活動に関わる保育士等に対して、児童のプール活動・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こと。
- (3) (略)
- 2 保育所等への啓発を通じて、プール活動・水遊びを行う場合に、児童の安全を最優先するという認識を管理者・職員が日頃から共有するなど、保育所等における自発的な安全への取組を促すこと。

(注) 1 下線は当省が付した。

2 本通知と同様の内容が記載された通知が、幼保連携型認定こども園に向けては「幼保連携型認定こども園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)」(平成 29 年 6 月 16 日付け府子本第 487 号内閣府子ども・子育て本部参事官(認定こども園担当)通知)として発出されている。

資料 2-(1)-イ-⑤ 死亡につながった可能性のある原因として「監視体制に空白が生じた」ことが指摘されているプール活動・水遊び中の死亡事故に係る検証報告書

○ 「消費者安全法第 23 条第 1 項に基づく事故等原因調査報告書 平成 23 年 7 月 11 日に神奈川県内の幼稚園で発生したプール事故」(平成 26 年 6 月 20 日消費者安全調査委員会) <抜粋>

5 結 論

5.1 事故等原因

本件事故については、映像記録など客観的な証拠がなく、また、関係者の口述からも、男児が何をきっかけに溺れたのかを断定することはできなかった。しかし、男児の溺水が死亡につながった原因として、(1)プール活動中の園児の監視体制に空白が生じたために発見が遅れたこと、(2)当該幼稚園において、一刻を争うような緊急事態への備えが十分ではなく必要な救命処置を迅速に行えなかったことが可能性として考えられる。

(1) 監視の空白

事故発生時、当該幼稚園のプールでは、園児の監視、指導、片付けの業務が混在する中で、本来優先されるべき監視業務を優先することが妨げられたことにより、園児の監視体制に空白が発生していたことが認められる。

そうした事態を生じさせた要因として、次の可能性が考えられる。

- ① 当該幼稚園において、多くの集中力を要する監視業務と指導業務を、同時に一人の教諭が行うこととされていたこと。
- ② 事故当日のスケジュールの遅れや変更に伴う時間的な切迫及び遊具整理という追加業務の発生が、当該幼稚園の指導方針を日頃負担に感じていた担任教諭の焦りを増幅させたことが、監視へ向ける集中力の低下につながった可能性が考えられること。

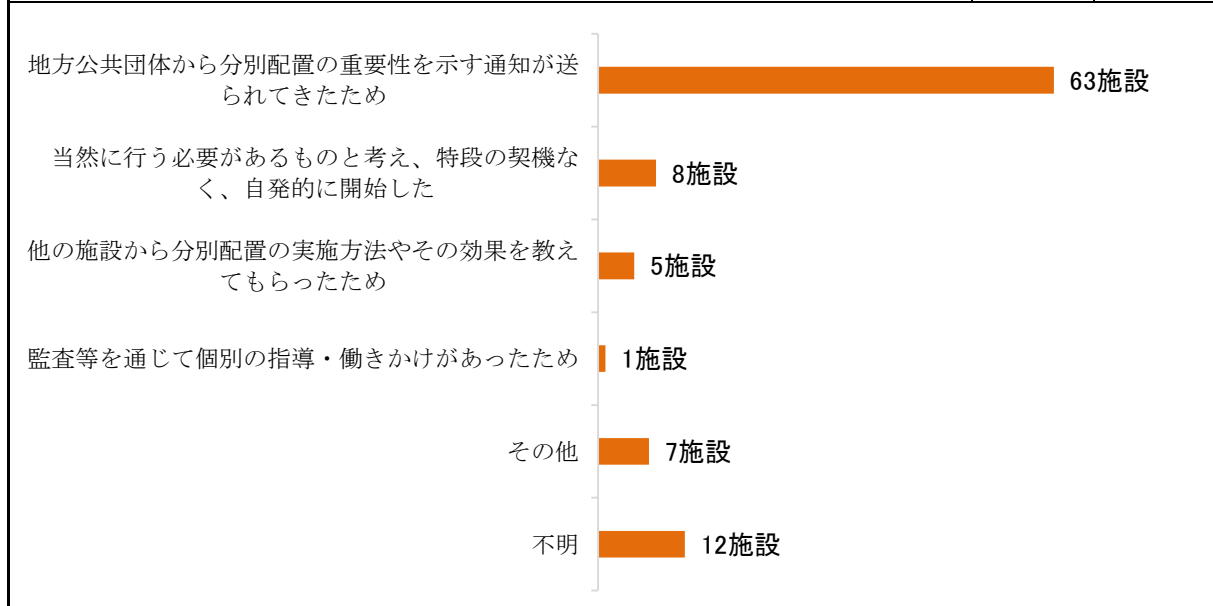
また、上記①、②の背景要因としては、プール活動等を行う際は幼児の安全を最優先するという認識の共有がなされておらず、事故の未然防止に関する事前教育が十分なものではなかった可能性、経験の少ない新任教諭に対する業務の配分などの配慮が不足していた可能性が考えられる。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-イ-⑥ プール活動・水遊び中の指導役と監視役の分別配置を開始した契機

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
地方公共団体から分別配置の重要性を示す通知が送られてきたため	63	65.6
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	8	8.3
他の施設から分別配置の実施方法やその効果を教えてもらったため	5	5.2
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	1	1.0
その他	7	7.3
不明	12	12.5
合計	96	100



(注) 1 当省の調査結果による。

2 プール活動・水遊び中の指導役と監視役の分別配置を実施していた 96 施設の状況を整理した。

3 資料中の構成比は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

資料2-(1)-ウ-① 乳幼児について、臼歯がなく食べ物を噛んですりつぶすことができないことや、食べる時に遊んだり泣いたりすることなどから食べ物による窒息が起きやすいと言及している内閣府食品安全委員会の公表資料

○ 「食べ物による窒息事故を防ぐために」（平成20年5月2日作成、21年12月17日更新 内閣府食品安全委員会）〈抜粋〉

1 乳幼児、高齢者などでは食べ物による窒息がおきやすい

乳幼児、高齢者などでは、食べ物による窒息がおきやすいため、その予防や応急手当について知っておくことが必要です。気道が3～6分間閉塞されると死亡することもあります。乳幼児で窒息が起りやすいのは、臼歯がなく食べ物を噛んですりつぶすことができない、また、食べる時に遊んだり泣いたりするなどのためです。また、高齢者では摂食・嚥下（食べ物を口から食道を経て胃に送る）機能が低下しているため、ご飯やパンなど粘りのある食べ物など咀嚼（噛み砕くこと）しにくく大きな塊のまま喉に入って窒息に至ることもあります。乳幼児で窒息を起こす原因になった食べ物としては、ナッツ類、丸いあめ、ブドウ、プチトマト、もち、ちくわ、たくあん、こんにやく入りゼリー、生のにんじん、棒状のセロリ、リンゴ、ソーセージ、肉片、こんにやく、ポップコーン、おせんべい、ベビー用のおやつなどが報告されています。厚生労働省の統計によれば、食べ物による窒息の死亡者数<sup>\*</sup>は、最近では毎年4千名を超えています。

※厚生労働省人口動態調査の死因において、原因因（直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病または損傷）として「食べ物の誤えんによる気道閉塞」に分類されているもの。

（注）下線は当省が付した。

資料2-(1)-ウ-② 消費者庁による年齢別に多い死亡事故の分析結果

消費者庁による「人口動態調査」個票データの分析②

（対象：平成22年から平成26年の5年間）

※ 自然災害による死亡を除く。

年齢別に多い死亡事故について（年齢別の発生比率）

- ①「窒息」は、0歳で圧倒的に多く発生しており、1～2歳でも上位を占めている。
- ②「交通事故」は、1歳以上で全て1位である。
- ③「溺水」は、1歳以上で全て2位、3位以内であり、5歳以上で屋外での「溺水」が多く発生している。
- ④「建物からの転落」は、3歳～4歳で2位で、5歳以上で5位以内に入っていることが多い。

	1位	2位	3位	4位	5位
0歳	窒息(就寝時) 31.9%	窒息(胃内容物の誤嚥) 22.5%	窒息(詳細不明) 11.0%	窒息(食物の誤嚥) 9.8%	交通事故 5.8%
1歳	交通事故 28.2%	溺水(浴槽内) 23.1%	窒息(胃内容物の誤嚥) 9.4%	窒息(食物の誤嚥) 7.7%	窒息(その他の物による誤嚥) 5.1%
2歳	交通事故 43.4%	窒息(胃内容物の誤嚥) 8.1%	溺水(その他原因) 7.4%	窒息(食物の誤嚥) 5.9%	窒息(詳細不明) 4.4%
3歳	交通事故 36.6%	建物からの転落 16.1%	溺水(屋外) 8.9%	溺水(浴槽内) 7.1%	窒息(食物の誤嚥) 5.4%
4歳	交通事故 35.8%	建物からの転落 19.2%	溺水(浴槽内) 8.5%	溺水(その他原因) 8.5%	溺水(屋外) 7.5%
5歳	交通事故 47.1%	溺水(屋外) 13.8%	溺水(浴槽内) 6.9%	溺水(その他原因) 4.6%	建物からの転落 3.4%
6歳	交通事故 49.6%	溺水(屋外) 19.6%	溺水(その他原因) 6.2%	溺水(浴槽内) 4.4%	建物からの転落 4.4%
7歳	交通事故 58.5%	溺水(屋外) 20.3%	溺水(その他原因) 5.7%	建物からの転落 3.3%	その他の転落 2.4%
8歳	交通事故 57.4%	溺水(屋外) 16.8%	溺水(その他原因) 5.0%	窒息(食物の誤嚥) 4.0%	建物からの転落 4.0%
9歳	交通事故 44.8%	溺水(屋外) 17.2%	建物からの転落 6.9%	溺水(その他原因) 6.9%	不慮の首つり・絞首 4.6%
10歳	交通事故 51.8%	溺水(浴槽内) 10.7%	溺水(屋外) 8.9%	窒息(食物の誤嚥) 5.4%	不慮の首つり・絞首 3.6%
11歳	交通事故 37.0%	溺水(屋外) 20.5%	建物からの転落 8.2%	溺水(浴槽内) 6.8%	溺水(その他原因) 5.5%
12歳	交通事故 45.9%	溺水(屋外) 16.4%	溺水(浴槽内) 13.1%	窒息(詳細不明) 6.6%	窒息(胃内容物の誤嚥) 3.3%
13歳	交通事故 44.2%	溺水(屋外) 16.8%	溺水(浴槽内) 12.6%	建物からの転落 7.4%	窒息(食物の誤嚥) 4.2%
14歳	交通事故 38.9%	溺水(屋外) 19.4%	溺水(浴槽内) 11.8%	建物からの転落 9.7%	溺水(詳細不明) 4.2%

（注）1 平成29年10月30日に開催された「平成29年度 第1回 子供の事故防止に関する関係府省庁連絡会議」の配布資料による。

2 資料中の太い枠線は当省が付した。

資料 2-(1)-ウ-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  
【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」（平成 28 年 3 月）＜食事の誤  
えん事故の発生防止に係る記載部分の抜粋＞

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等

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

ウ 誤嚥（食事中）

- 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。

＜参考例 1＞ 誤嚥・窒息事故の防止

「誤嚥・窒息事故防止マニュアル～安全に食べるためには～（浦安市作成）」

6. 食材&調理の仕方について

(3) 誤嚥・窒息につながりやすい食べ物の調理について

① 給食での使用を避ける食材

食品の形態、特性	食材	備考
球形という形状が危険な食材 (吸い込みにより気道をふさぐことがあるので危険)	プチトマト	四等分すれば提供可であるが、保育園では他のものに代替え
	乾いたナッツ、豆類(節分の鬼打ち豆)	
	うずらの卵	
	あめ類、ラムネ	
	球形の個装チーズ	加熱すれば使用可
	ぶどう、さくらんぼ	球形というだけでなく皮も口に残るので危険
粘着性が高い食材 (含まれるでんぷん質が唾液と混ざることによって粘着性が高まるので危険)	餅	
	白玉団子	つるつるしているため、噛む前に誤嚥してしまう危険が高い
固すぎる食材 (噛み切れずそのまま気道に入ることがあるので危険)	いか	小さく切って加熱すると固くなってしまう

② 0、1 歳児クラスは提供を避ける食材（咀嚼機能が未熟なため）

食品の形態、特性	食材	備考
固く噛み切れない食材	えび、貝類	除いて別に調理する。 例：クラムチャウダーの時は、0、1 歳児クラスはツナシチューにする
噛みちぎりにくい食材	おにぎりの焼き海苔	きざみのりをつける

③ 調理や切り方を工夫する食材

食品の形態、特性	食材	備考
弾力性や繊維が固い食材	糸こんにゃく、白滝	1 cmに切る (こんにゃくはすべて糸こんにゃくにする)
	ソーセージ	縦半分切って使用
	えのき、しめじ、まいたけ	1 cmに切る
	エリンギ	繊維に逆らい、1 cmに切る
	水菜	1 cmから 1.5 cmに切る
	わかめ	細かく切る
	鶏ひき肉のそぼろ煮	豚肉との合いびきで使用する または片栗粉でとろみをつける
唾液を吸収して飲み込みづらい食材	ゆで卵	細かくし、なにかと混ぜて使用する
	煮魚	味をしみ込ませ、やわらかくししっかり煮込む
	のりごはん (きざみのり)	きざみのりを、かける前にもみほぐし細かくする

資料 2-(1)-ウ-④ 「食品による子供の窒息事故に御注意ください！－6歳以下の子供の窒息死事故が多数発生しています－」（平成 29 年 3 月 15 日消費者庁公表資料）〈抜粋〉

3. 消費者の皆様への注意喚起

子供が食品による窒息事故に遭わないよう、周りの御家族、教育・保育施設等の御関係者は次のようなことに配慮してください。

＜食品による子供の窒息事故を予防するポイント＞

(1) 食品の与え方

- ①食品を小さく切り、食べやすい大きさにして与えましょう。
- ②一口の量は子供の口に合った無理なく食べられる量にし、飴やタブレットなど喉に詰まりやすい食品を食べさせる場合は大きさに注意しましょう。
- ③誤って気管支に入りやすいピーナッツなどの硬い豆・ナッツ類は、3歳頃までは食べさせないようにしましょう。
- ④年長の子供が、乳幼児にとって危険な食品を与えないよう注意しましょう。

(2) 食事中に注意すること

- ①遊びながら、歩きながら、寝転んだまま食品を食べさせないようにしましょう。
- ②急いで飲み込まず、ゆっくりとよく噛み砕いてから飲み込むよう促しましょう。
- ③食事の際は、お茶や水などを飲んで喉を湿らせましょう。
- ④食品を口に入れたまま話したり、何かをしながら食事をしたりさせないようにしましょう。
- ⑤食事中に眠くなっていないか、正しく座っているかに注意しましょう。また、食事中に驚かせないようにしましょう。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-ウ-⑤ 過去に発生した食事中の誤えんによる死亡事故に係る検証報告書の中で「チェック体制が十分に機能していたとはいいがたい」と指摘されている保育施設において、事故後、検食簿を改善し、食材の調理方法に係る点検欄を追加している例

○ 「事故調査報告書」（平成 24 年 11 月 26 日はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会）〈抜粋〉

第2 事故原因の検討

3 事故原因の検討

(3) 危険性指摘体制の観点から

ア 各職員の職務分担

表 3 からは、本件事故当時、白玉団子の提供方法について判断した者が、各園においてまちまちであったことがわかる。このように、本件事故当時、誤嚥事故防止に関する職責をどの職員が担当するかが明確化されていなかったのである。

先に述べたように、園児に対し給食やおやつが提供される過程では、多くの職員が関わりをもつ。本来であれば、これら各職員が多段階のチェック機能を果たすことが予定されているところである。本件事故以前、市内で同種事故は生じていない。しかし、関係者からの聴取及び資料 3 の状況からすれば、本来予定されているチェック体制が十分に機能していたとはいいがたい。どうにか事故が生じていない状態であったといえるだろう。

主体的に誤嚥防止に責任を負う者が不明確な状況で、このような多段階のチェック体制を利用すれば、「他の誰か（保育士あるいは調理員）が適切な対応をとるであろう」との意識が生じる危険がある。

本件事故は、まさにこのような意識が原因となって発生したものと考えられる。

第3 再発防止策

1 市が行った改善策

市では、本件事故発生直後からいくつかの再発防止対策に取り組んでいる。本委員会が提案している再発防止対策と並行してこれらの取組を強化していくことが必要であり、本委員会としてもその内容の確認を行った。市で実施した再発防止対策の主なものは以下のおりであるが、特に検食簿並びにおやつ検食についての早期の対応及び検食簿の改善内容については、適切であり評価できるところであろう。

ア～エ (略)

オ 検食簿の見直し (15、16ページに掲載)

8月8日の園長会議において、児童の年齢にあった食材の調理方法欄を追加するよう指示し、翌週から実施している。

事故前の検食簿

検 食 簿					
平成 年 月 日 ( )	献立  記入事項			検食者	検食時間
					時 分
	味付け	濃い ・ ちょうど良い ・ 薄い		コメント	
	量	多い ・ ちょうど良い ・ 少ない			
	色彩	良い ・ ちょうど良い ・ 悪い			
	盛り付け	良い ・ ふつう ・ 悪い			
	異物混入	あり ・ なし			
	異臭	あり ・ なし			



事故後改善された検食簿

検 食 簿					
平成 年 月 日 ( )				園長	検食者
献立給食	味付け	ちょうど良い・濃い・薄い		検食者	検食時間
	量	ちょうど良い・多い・少ない			
	色 彩	良い・普通・悪い		コメント	
	加熱・冷却	適切 ・ 不適切			
	異物混入	なし ・ あり			
	異味・異臭	なし ・ あり			
	食 器	良い ・ 悪い			
	調理方法	離乳食	変更なし		
大きさ	0歳児	変更なし	変更必要		
かたさ	1歳児	変更なし	変更必要		
かたち等	2歳児	変更なし	変更必要		
	3歳児	変更なし	変更必要		
おやつ (午前)	味付け	ちょうど良い・濃い・薄い		検食者	検食時間
	量	ちょうど良い・多い・少ない			
	かたさ	ちょうど良い・硬い・やわらかい		コメント	
	大きさ	ちょうど良い・大きい・小さい			
	異物・異味・異臭	なし ・ あり			

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-ウ-⑥ 点検表を用いた食材点検を開始した契機

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
地方公共団体から点検表の重要性を示す通知が送られてきたため	35	56.5
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	8	12.9
他の施設から点検表の作成方法やその効果を教えてもらったため	6	9.7
本部、運営会社等の上部機関による決定に従っているため	3	4.8
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	2	3.2
その他	1	1.6
不明	7	11.3
合計	62	100

区分	施設数
地方公共団体から点検表の重要性を示す通知が送られてきたため	35
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	8
他の施設から点検表の作成方法やその効果を教えてもらったため	6
本部、運営会社等の上部機関による決定に従っているため	3
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	2
その他	1
不明	7

(注) 1 当省の調査結果による。

2 点検表を用いた食材点検を実施していた 62 施設の状況を整理した。



## 第 2 章 誤飲の背景にある乳幼児の行動特性

### 1. 0 歳から 2 歳まで

#### 1.2. 主要な探索手段としての口

0 歳から 2 歳の時期は、手先以上に口が環境の主要な探索手段となる。手先の微細な運動調節は 2 歳頃を過ぎないと可能にならないが、口周辺の筋肉や感覚は全身の身体部位のなかでも発達が早い。生まれてまだ 1 ヶ月しか経たない赤ん坊でも、口腔内の皮膚感覚によってももの特性を適切に把握する能力を持つことが実験的にも確かめられている (Meltzoff & Borton, 1979)。口の感覚は、発達のごく初期からかなり洗練されているのである。

口周辺の筋肉や感覚が早くから発達する背景には、口が赤ん坊の生存に必要な不可欠な哺乳機能をもつからである。口には把握反射同様、生得的な反射である吸啜反射が備わっている。これは口の周囲に何かに触れるとそれを啜って吸いつく動作だが、吸啜反射以外にも、口の周囲に何かがあるとその方向に頭をまわして口を開く探索反射や、そのものを舌と唇を使って啜えようとする捕捉反射もある。生後半年頃からは離乳食も始まり、咀嚼(口腔内の食物を細かく噛みくだき、唾液と混ぜること)や嚥下(飲み込みやすいかたちにした食物を飲み込むこと)といった口腔機能も発達していく。

口が乳児の主要な探索手段であることが、3 歳以下の子どもに誤飲事故が多く発生する理由のひとつであることは間違いないだろう。さらにもうひとつ、この時期の子どもの誤飲を誘発する要因がある。それは新奇性恐怖がまだ十分に認められないことである(外山, 2008)。新奇性恐怖とは、これまでに食べたことのない新奇な食物を警戒する行動様式であり、雑食性動物一般に認められる。単食性動物は特定の食物しか摂取しない一方、雑食性動物は広範な食物を摂取できるため、環境によく適応できるといわれている。しかしそのために、単食性動物にはないリスクも背負っている。摂取できる食物の範囲が広いため、誤って毒性のある食物を摂取する危険性が高いのである。これを回避するために、雑食性動物には新奇な食物には警戒してかかるという行動様式、すなわち新奇性恐怖が備わっているのである。問題はこの新奇性恐怖が発現する時期である。人間の場合、新奇性恐怖は離乳が終わる頃、つまり 2 歳頃から顕著になる。その結果、多くの親が子どもの「食わず嫌い」に手こずらされることになるのだが、2 歳以前は逆で、新奇性恐怖が低いため、どんなものでも口に入れてしまうのである。

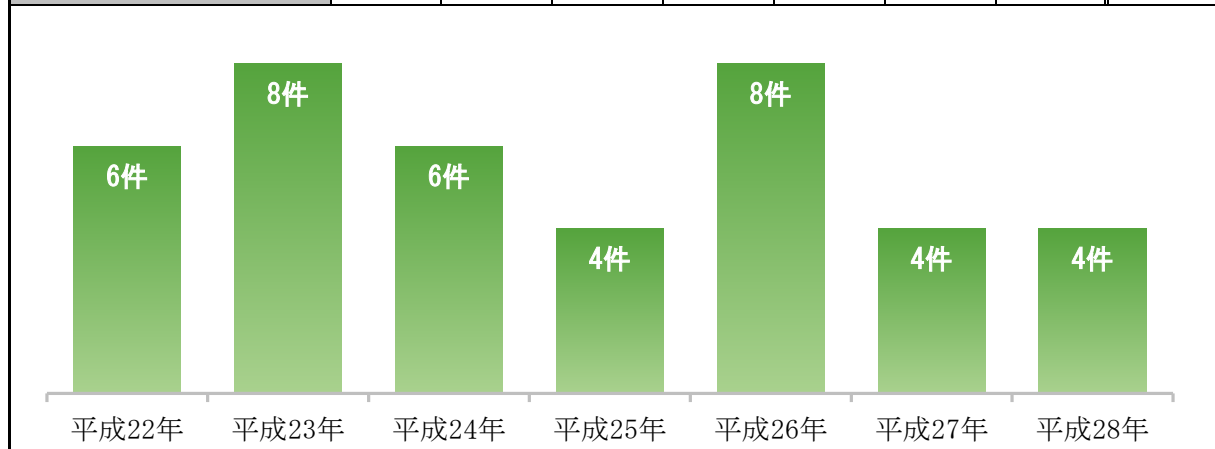
0 歳から 2 歳頃までの時期は、手先を器用に使った運動は十分でないものの、口周辺の感覚や筋肉の発達は早く、1 ヶ月児でもかなり洗練された口腔感覚を有している。そのため、この時期において口は主要な環境探索手段となる。新奇性恐怖が顕著になるのは 2 歳前後であることなどから、2 歳頃までの子どもは、何でも口に入れたがる。この時期の誤飲事故を防止するためには、以上のような特性を十分に踏まえた対策が必要となる。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-エ-② 2歳以下の気道閉塞を生じた食物以外の物体の誤えんの発生状況（平成22年から28年まで）

（単位：件、％）

区分	平成22年	23年	24年	25年	26年	27年	28年	合計
2歳以下の不慮の事故	207	408	157	167	150	145	133	1,367
2歳以下の気道閉塞を生じた食物以外の物体の誤えん	6	8	6	4	8	4	4	40
2歳以下の不慮の事故全体に占める2歳以下の気道閉塞を生じた食物以外の物体の誤えんの割合	2.9	2.0	3.8	2.4	5.3	2.8	3.0	2.9



（注）厚生労働省「人口動態調査」に基づき、当省が作成した。

資料 2-(1)-エ-③ 「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 玩具による乳幼児の気道閉塞事故」(平成 29 年 11 月 20 日消費者安全調査委員会) <抜粋>

4 分析 1 (アンケート・聴取り調査)

4. 3 教育・保育施設等へのアンケート調査

4. 3. 2 調査結果

(3) 誤嚥発生件数

平成 27 年の誤嚥発生の有無について聞いたところ、「発生した」との回答は 4 % (29 施設) であった (図 48)。

「発生した」と回答した 29 施設に対して、誤嚥の要因となった製品群について聞いたところ、「食品」72% (21 件) が最も多く、次に「玩具」が 17% (5 件) であった (図 49)。

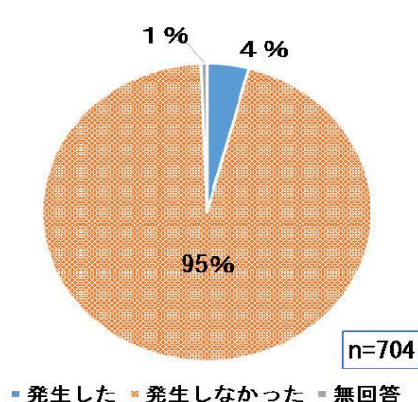


図 48 誤嚥発生の有無

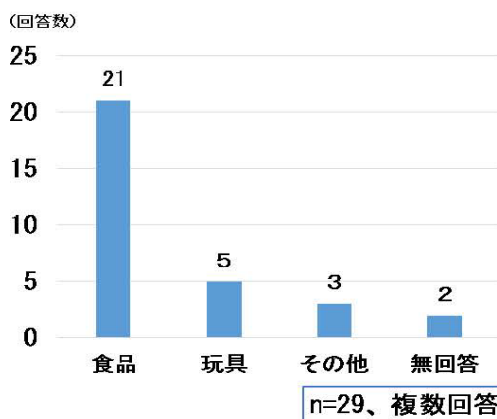


図 49 誤嚥の要因となった製品群

図 49 において、誤嚥した玩具 (5 件) の種類は、「ビーズを使った玩具」、「ブロック・積み木」、「ままごと玩具」、「食べ物の形をした玩具」、「人形・ぬいぐるみ」がそれぞれ 1 件であった。

9 意見

9. 2 消費者庁長官への意見

(2) 事故防止策の周知のための取組

消費者庁は、以下に示す事故防止策を消費者に周知するなど、消費者の事故防止のための具体的な行動に結び付く取組を行うべきである。

① (略)

② 玩具の購入時には、当該玩具の対象年齢を確認し、対象年齢に満たない子供に対しては、購入を控える。玩具の購入後は、特に 6～20 mm の大きさの物は、窒息の可能性があるので、あらかじめ年少の子供の手が届く範囲をチェックし、上記のような玩具は年少の子供の手に触れないところに置く。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-エ-④ 「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）＜日常保育中  
の玩具、小物等の誤えん事故の発生防止に係る記載部分の抜粋＞

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等

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

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。
- 窒息の危険性があった玩具やこれまでに窒息事例があるものと類似の形状の玩具等については、施設・事業所内で情報を共有し、除去することが望ましい。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-エ-⑤ 保育所保育指針解説書（平成 20 年 4 月厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課）＜日  
常保育中の玩具、小物等の誤えん事故の発生防止に係る記載部分の抜粋＞

第 5 章 健康及び安全

2 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、保育所内外の安全点検に努め、安全対策のために職員の共通理解や体制作りを図るとともに、家庭や地域の諸機関の協力の下に安全指導を行うこと。
- イ 災害や事故の発生に備え、危険箇所の点検や避難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図ること。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 日常の安全管理（セーフティマネジメント）

子どもの環境の安全は、重要な課題です。安全点検表を作成して、施設、設備、遊具、玩具、用具、園庭等を定期的に点検し、安全性の確保や機能の保持など具体的な点検項目や点検日及び点検者を定めることが必要です。また、遊具の安全基準や規格などについて熟知し、必要に応じて専門技術者による定期点検を実施します。

子どもが日常的に利用する散歩経路や公園等についても、異常や危険性がないか、工事箇所や交通量等を含めて点検し記録をつけ、その情報を全職員で共有します。

(注) 1 下線は当省が付した。

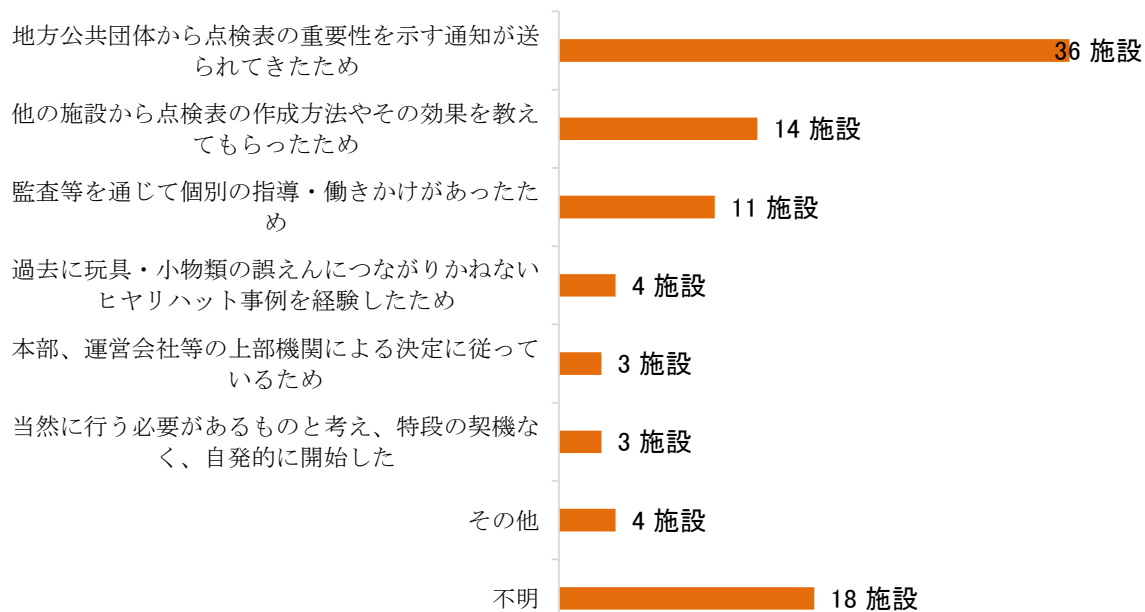
2 ゴシック体の箇所は、保育所保育指針に定められている箇所である。

資料 2-(1)-エ-⑥ 点検表を用いた施設内点検を開始した契機

図表 1 点検表を用いた保育室内の点検を開始した契機

(単位：施設、%)

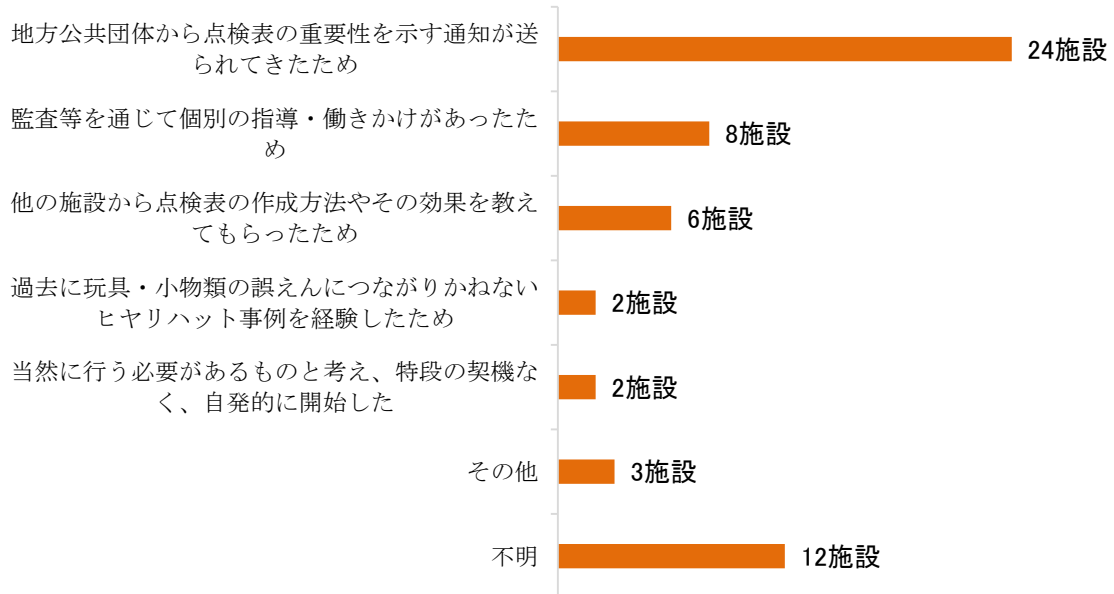
区分	施設数	構成比
地方公共団体から点検表の重要性を示す通知が送られてきたため	36	38.7
他の施設から点検表の作成方法やその効果を教えてもらったため	14	15.1
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	11	11.8
過去に玩具・小物類の誤えんにつながりかねないヒヤリハット事例を経験したため	4	4.3
本部、運営会社等の上部機関による決定に従っているため	3	3.2
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	3	3.2
その他	4	4.3
不明	18	19.4
合計	93	100



図表2 点検表を用いた園庭内の点検を開始した契機

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
地方公共団体から点検表の重要性を示す通知が送られてきたため	24	42.1
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	8	14.0
他の施設から点検表の作成方法やその効果を教えてもらったため	6	10.5
過去に玩具・小物類の誤えんにつながりかねないヒヤリハット事例を経験したため	2	3.5
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	2	3.5
その他	3	5.3
不明	12	21.1
合計	57	100



(注) 1 当省の調査結果による。

2 保育室内の点検については、点検表を用いた保育室内の点検を実施していた 93 施設の状況を、園庭内の点検については、点検表を用いた園庭内の点検を実施していた 57 施設の状況を整理した。

資料 2-(1)-オ-① 厚生労働省平成 27 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 補助型調査研究「保育所入所児童のアレルギー疾患罹患状況と保育所におけるアレルギー対策に関する実態調査 調査報告書」(平成 28 年 3 月東京慈恵会医科大学) <抜粋>

I-39. 今年度(平成 27 年 4 月 1 日から、記入日まで)に誤食・誤配で食物アレルギー症状がでた子どもはいましたか			I-42. 今年度(平成 27 年 4 月 1 日から、記入日まで)に施設内で子どもが食物を原因とするアナフィラキシーを起こしたことがありましたか		
選択肢	施設数	%	選択肢	施設数	%
いた	1,741	11.1	あった	710	4.5
いなかった	13,827	87.9	なかった	14,879	94.6
わからない	118	0.8	わからない	99	0.6
未回答	36	0.2	未回答	34	0.2
合計	15,722	100.0	合計	15,722	100.0

(注) 資料中の太い枠線は当省が付した。

資料 2-(1)-オ-② 「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) <食物アレルギー事故の発生防止に係る記載部分の抜粋>

<p>1 事故の発生防止(予防)のための取組み</p> <p>(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等</p> <p>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</p> <p>オ 食物アレルギー</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ アレルギーについて施設・事業所での<u>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。</u>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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 自らの施設・事業所において、<u>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。</u></li> </ul> <p>(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。</p>
--

(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。

**Point 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に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。

(注) 下線は当省が付した。

資料2-(1)-オ-③ 「アレルギー疾患に関する施設調査 (平成26年度) 報告書」 (平成27年3月東京都健康安全研究センター) <抜粋>

II 調査結果

4 食物アレルギーの発生・対応状況

(3) 食物アレルギーの症状発生の有無とその原因

(略)

過去1年間に誤食があったと回答したのは346施設であった。そのうち、無回答を除く287施設で誤食によるアレルギー症状出現回数を回答しており、出現回数1回が72.1% (207施設)、最多は5回で1.4% (4施設) で発生していた。

誤食の原因を表3に示した。その他の理由としては、「他の児の食べこぼしや、吐いた物等に触れた」24件、「持参した弁当やおやつを食べて」18件等であった。

表3. 誤食の原因 (複数回答)

(誤食経験施設 n=346)	施設数	割合
間違えて配膳してしまった(誤配膳)	151	43.6
他の園児・児童に配膳されて食物を食べてしまった	54	15.6
保護者からの情報が足りなかった	48	13.9
調理の段階で原因食材が混入してしまった	48	13.9
園児・児童についての食物アレルギーに関する情報が職員間で共有されていなかった	41	11.8
行事の時に間違えて食べてしまった	25	7.2
その他	98	28.3
無回答	3	0.9

(注) 資料中の太い枠線は当省が付した。



## 第 2 調査結果

### 6 食物アレルギーに関する事故の発生状況とその防止対策

#### (1) 事故の発生状況

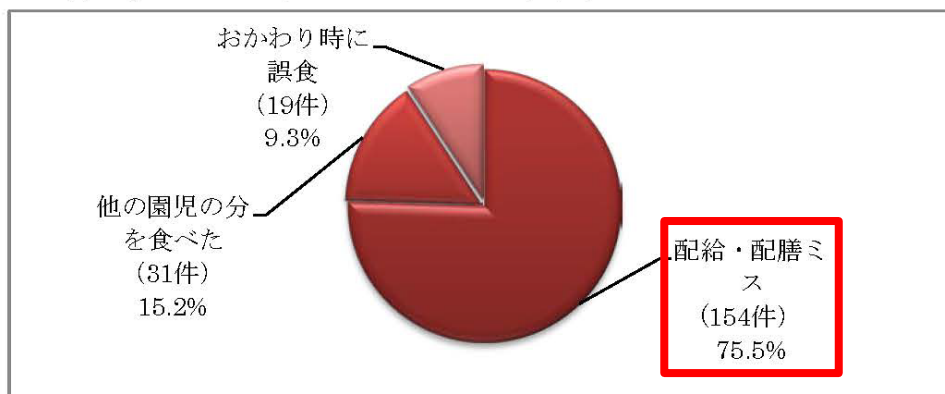
##### ア 各施設における事故事例

書面調査において回答があった 37.4% (有効回答 479 施設のうち 179 施設) で誤配・誤食などの事故が発生しており、特に保育所では、全ての施設で給食が提供されていることから 51.6%、(312 施設のうち 161 施設) で事故が発生していた。

179 施設における事故 (全 204 件、複数回答) の内容は、「配給・配膳ミス」(75.5% : 204 件のうち 154 件)、「他の園児の分を食べた」(15.2% : 同 31 件)、「おかわり時に誤食」(9.3% : 同 19 件) の順に多く、次のような内容の事故がみられる。

- アレルギー対応ミルクを飲ませている 0 歳児に誤って牛乳を配膳してしまい誤飲
- 卵アレルギーの子供が少量ではあるが卵を誤食
- 小麦アレルギーのため黒豆茶を飲ませている子供に麦茶を配膳し誤飲
- 食物アレルギー児と他の子供の箸が食事中に入れ替わり誤食

表 6-(1)-③ 事故の内容別内訳 (全 204 件、複数回答)

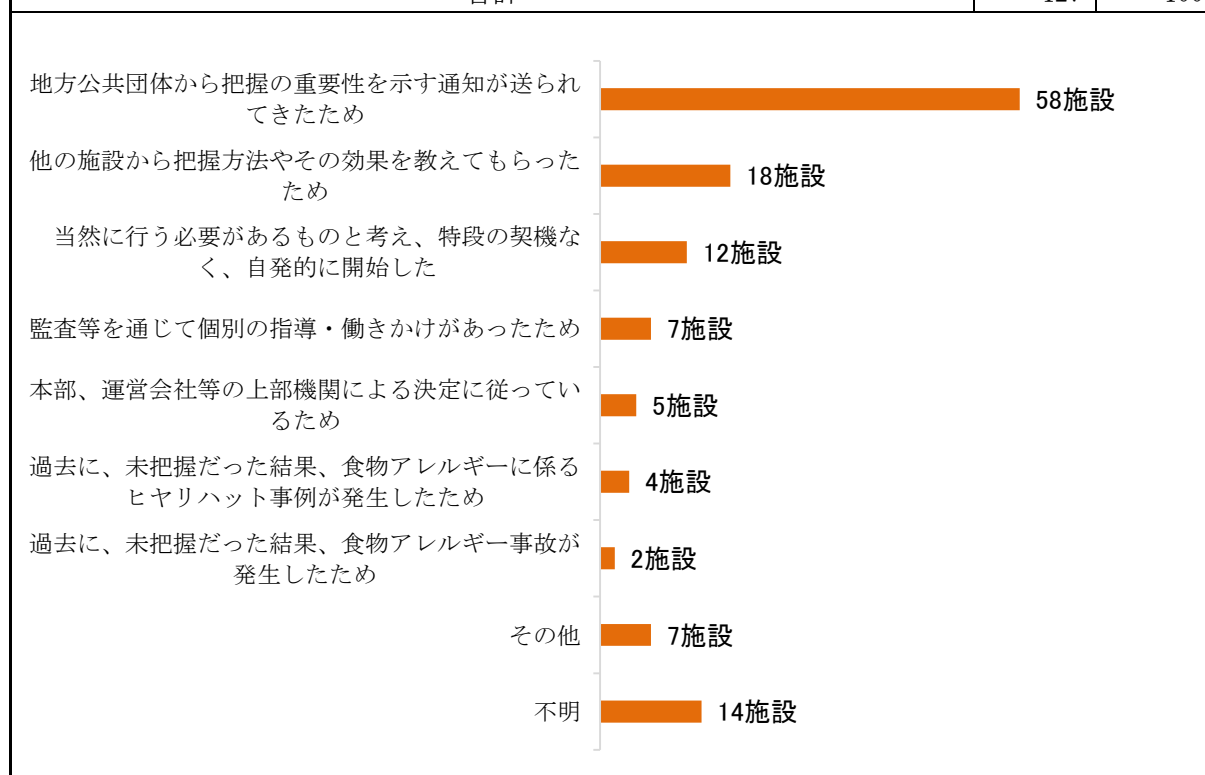


(注) 資料中の下線及び太い枠線は当省が付した。

資料 2-(1)-オ-⑤ アレルギー児の把握に係る取組を開始した契機

(単位：施設、%)

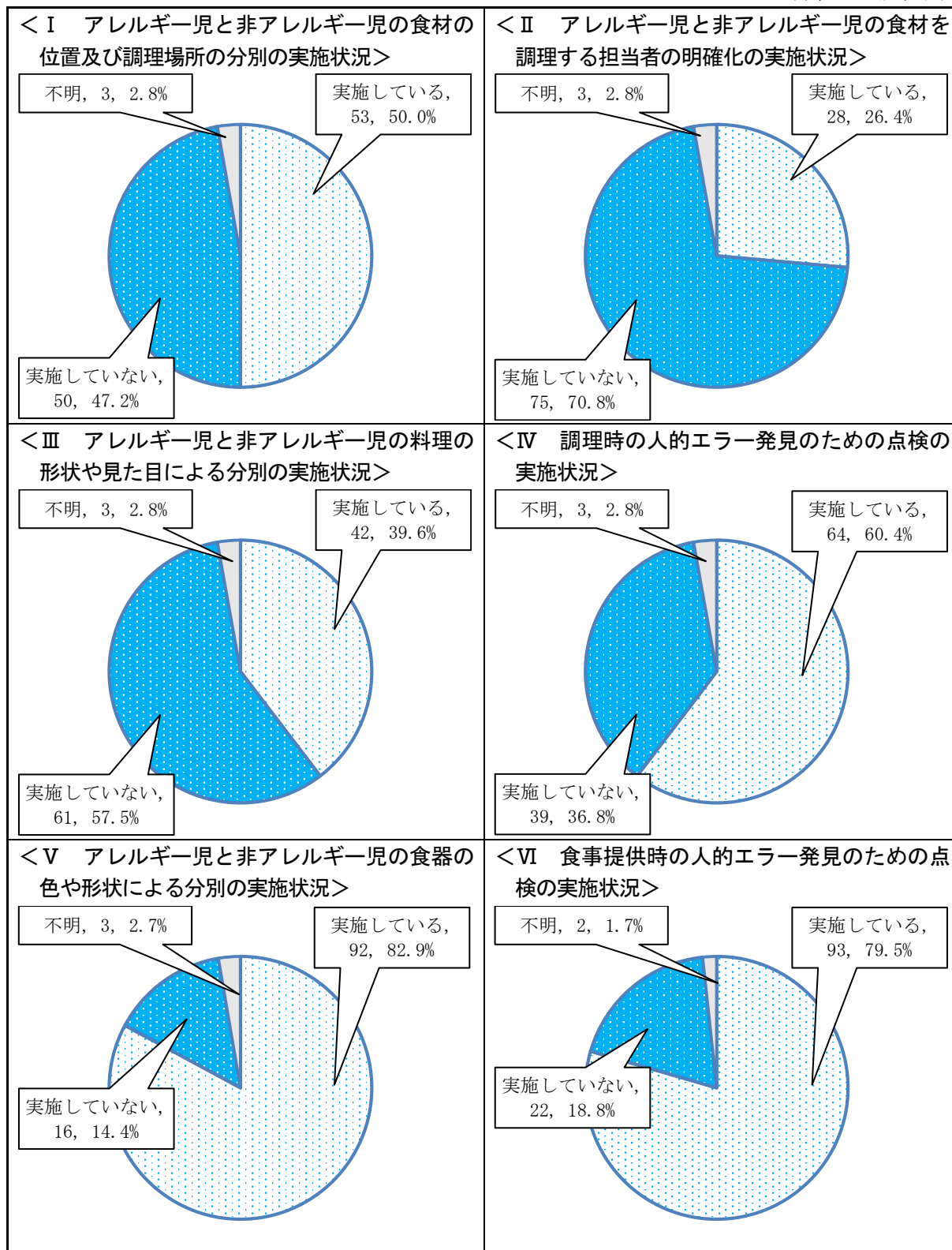
区分	施設数	構成比
地方公共団体から把握の重要性を示す通知が送られてきたため	58	45.7
他の施設から把握方法やその効果を教えてもらったため	18	14.2
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	12	9.4
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	7	5.5
本部、運営会社等の上部機関による決定に従っているため	5	3.9
過去に、未把握だった結果、食物アレルギーに係るヒヤリハット事例が発生したため	4	3.1
過去に、未把握だった結果、食物アレルギー事故が発生したため	2	1.6
その他	7	5.5
不明	14	11.0
合計	127	100



- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 アレルギー児の把握に係る取組を実施していた 127 施設の状況を整理した。  
 3 資料中の構成比は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

資料2-(1)-オ-⑥ 誤食防止措置の実施状況（措置別）

（単位：施設、％）



(注) 1 当省の調査結果による。

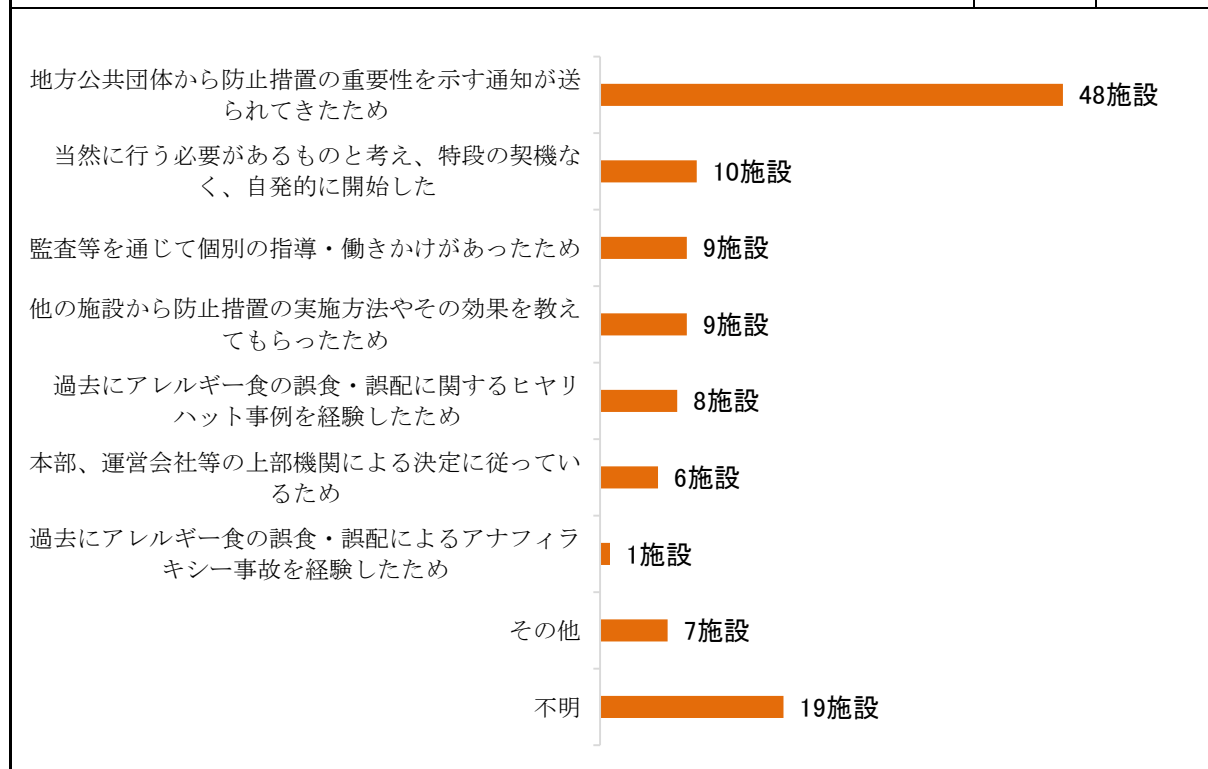
2 何らかの誤食防止措置を実施している117保育施設のうち、i) IからIVについては、食事を外部搬入としている5施設及び保護者からの持込みとしている6施設を除いた106施設の状況を、ii) Vについては、食事を外部搬入としている1施設及び保護者からの持込みとしている5施設を除いた111施設の状況を整理した。

3 資料中の構成比は、小数第2位を四捨五入しているため、合計が100にならないものもある。

資料 2-(1)-オ-⑦ 誤食防止措置を開始した契機

(単位：施設、%)

区分	施設数	構成比
地方公共団体から防止措置の重要性を示す通知が送られてきたため	48	41.0
当然に行う必要があるものと考え、特段の契機なく、自発的に開始した	10	8.5
監査等を通じて個別の指導・働きかけがあったため	9	7.7
他の施設から防止措置の実施方法やその効果を教えてもらったため	9	7.7
過去にアレルギー食の誤食・誤配に関するヒヤリハット事例を経験したため	8	6.8
本部、運営会社等の上部機関による決定に従っているため	6	5.1
過去にアレルギー食の誤食・誤配によるアナフィラキシー事故を経験したため	1	0.9
その他	7	6.0
不明	19	16.2
合計	117	100



- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 誤食防止措置を実施していた 117 施設の状況を整理した。  
 3 資料中の構成比は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

資料2-(1)-カ 保育施設の種別及び証明書の交付の有無からみた重大事故発生防止対策の実施状況

(単位：施設、%)

区分		認可保育施設					認可外保育施設	ベビーホテル		その他の認可外保育施設			合計		
		保育所	幼保連携型認定こども園	小規模保育施設	事業所内保育施設	証明書有り		証明書無し	証明書有り	証明書無し					
重大事故発生防止対策の実施状況	①点検表を用いた定期的な呼吸等点検の実施状況(0歳)	実施	71 (86.6)	41 (91.1)	4 (100)	24 (80.0)	2 (66.7)	40 (75.5)	14 (60.9)	7 (77.8)	7 (50.0)	26 (86.7)	15 (88.2)	11 (84.6)	111 (82.2)
		未実施	6 (7.3)	1 (2.2)	0 (0)	4 (13.3)	1 (33.3)	4 (7.5)	3 (13.0)	1 (11.1)	2 (14.3)	1 (3.3)	1 (5.9)	0 (0)	10 (7.4)
		不明	5 (6.1)	3 (6.7)	0 (0)	2 (6.7)	0 (0)	9 (17.0)	6 (26.1)	1 (11.1)	5 (35.7)	3 (10.0)	1 (5.9)	2 (15.4)	14 (10.4)
		小計	82 (100)	45 (100)	4 (100)	30 (100)	3 (100)	53 (100)	23 (100)	9 (100)	14 (100)	30 (100)	17 (100)	13 (100)	135 (100)
	②点検表を用いた定期的な呼吸等点検の実施状況(1歳)	実施	70 (81.4)	42 (89.4)	4 (80.0)	23 (74.2)	1 (33.3)	38 (67.9)	14 (60.9)	7 (77.8)	7 (50.0)	24 (72.7)	14 (70.0)	10 (76.9)	108 (76.1)
		未実施	11 (12.8)	2 (4.3)	1 (20.0)	6 (19.4)	2 (66.7)	9 (16.1)	3 (13.0)	1 (11.1)	2 (14.3)	6 (18.2)	5 (25.0)	1 (7.7)	20 (14.1)
		不明	5 (5.8)	3 (6.4)	0 (0)	2 (6.5)	0 (0)	9 (16.1)	6 (26.1)	1 (11.1)	5 (35.7)	3 (9.1)	1 (5.0)	2 (15.4)	14 (9.9)
		小計	86 (100)	47 (100)	5 (100)	31 (100)	3 (100)	56 (100)	23 (100)	9 (100)	14 (100)	33 (100)	20 (100)	13 (100)	142 (100)
	③プール活動・水遊び中の指導役と監視役の分別配置の実施状況	実施	65 (80.2)	38 (84.4)	6 (100)	19 (70.4)	2 (66.7)	31 (54.4)	8 (38.1)	5 (55.6)	3 (25.0)	23 (63.9)	14 (66.7)	9 (60.0)	96 (69.6)
		未実施	9 (11.1)	3 (6.7)	0 (0)	5 (18.5)	1 (33.3)	10 (17.5)	3 (14.3)	2 (22.2)	1 (8.3)	7 (19.4)	4 (19.0)	3 (20.0)	19 (13.8)
		不明	7 (8.6)	4 (8.9)	0 (0)	3 (11.1)	0 (0)	16 (28.1)	10 (47.6)	2 (22.2)	8 (66.7)	6 (16.7)	3 (14.3)	3 (20.0)	23 (16.7)
		小計	81 (100)	45 (100)	6 (100)	27 (100)	3 (100)	57 (100)	21 (100)	9 (100)	12 (100)	36 (100)	21 (100)	15 (100)	138 (100)
	④点検表を用いた食材点検の実施状況	実施	52 (59.8)	29 (61.7)	3 (50.0)	17 (54.8)	3 (100)	10 (18.2)	4 (19.0)	2 (22.2)	2 (16.7)	6 (17.6)	4 (21.1)	2 (13.3)	62 (43.7)
		未実施	26 (29.9)	13 (27.7)	3 (50.0)	10 (32.3)	0 (0)	33 (60.0)	11 (52.4)	7 (77.8)	4 (33.3)	22 (64.7)	12 (63.2)	10 (66.7)	59 (41.5)
		不明	9 (10.3)	5 (10.6)	0 (0)	4 (12.9)	0 (0)	12 (21.8)	6 (28.6)	0 (0)	6 (50.0)	6 (17.6)	3 (15.8)	3 (20.0)	21 (14.8)
		小計	87 (100)	47 (100)	6 (100)	31 (100)	3 (100)	55 (100)	21 (100)	9 (100)	12 (100)	34 (100)	19 (100)	15 (100)	142 (100)
	⑤点検表を用いた定期的な保育室内の点検の実施状況	実施	69 (79.3)	39 (83.0)	6 (100)	21 (67.7)	3 (100)	24 (38.7)	8 (34.8)	5 (55.6)	3 (21.4)	16 (41.0)	9 (39.1)	7 (43.8)	93 (62.4)
		未実施	11 (12.6)	4 (8.5)	0 (0)	7 (22.6)	0 (0)	24 (38.7)	8 (34.8)	3 (33.3)	5 (35.7)	16 (41.0)	11 (47.8)	5 (31.3)	35 (23.5)
		不明	7 (8.0)	4 (8.5)	0 (0)	3 (9.7)	0 (0)	14 (22.6)	7 (30.4)	1 (11.1)	6 (42.9)	7 (17.9)	3 (13.0)	4 (25.0)	21 (14.1)
		小計	87 (100)	47 (100)	6 (100)	31 (100)	3 (100)	62 (100)	23 (100)	9 (100)	14 (100)	39 (100)	23 (100)	16 (100)	149 (100)
	⑥点検表を用いた定期的な園庭内の点検の実施状況	実施	47 (74.6)	36 (81.8)	5 (83.3)	4 (36.4)	2 (100)	10 (34.5)	2 (16.7)	2 (50.0)	0 (0)	8 (47.1)	3 (37.5)	5 (55.6)	57 (62.0)
		未実施	8 (12.7)	4 (9.1)	0 (0)	4 (36.4)	0 (0)	7 (24.1)	3 (25.0)	1 (25.0)	2 (25.0)	4 (23.5)	3 (37.5)	1 (11.1)	15 (16.3)
		不明	8 (12.7)	4 (9.1)	1 (16.7)	3 (27.3)	0 (0)	12 (41.4)	7 (58.3)	1 (25.0)	6 (75.0)	5 (29.4)	2 (25.0)	3 (33.3)	20 (21.7)
		小計	63 (100)	44 (100)	6 (100)	11 (100)	2 (100)	29 (100)	12 (100)	4 (100)	8 (100)	17 (100)	8 (100)	9 (100)	92 (100)
	⑦アレルギー児の把握に係る取組の実施状況	実施	77 (89.5)	42 (89.4)	6 (100)	26 (86.7)	3 (100)	50 (83.3)	17 (73.9)	9 (100)	8 (57.1)	33 (89.2)	21 (95.5)	12 (80.0)	127 (87.0)
		未実施	3 (3.5)	1 (2.1)	0 (0)	2 (6.7)	0 (0)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.7)	0 (0)	1 (6.7)	4 (2.7)
		不明	6 (7.0)	4 (8.5)	0 (0)	2 (6.7)	0 (0)	9 (15.0)	6 (26.1)	0 (0)	6 (42.9)	3 (8.1)	1 (4.5)	2 (13.3)	15 (10.3)
		小計	86 (100)	47 (100)	6 (100)	30 (100)	3 (100)	60 (100)	23 (100)	9 (100)	14 (100)	37 (100)	22 (100)	15 (100)	146 (100)
⑧誤食防止措置の実施状況	実施	75 (91.5)	44 (93.6)	5 (100)	23 (85.2)	3 (100)	42 (76.4)	16 (69.6)	9 (100)	7 (50.0)	26 (81.3)	16 (88.9)	10 (71.4)	117 (85.4)	
	未実施	1 (1.2)	0 (0)	0 (0)	1 (3.7)	0 (0)	3 (5.5)	2 (8.7)	0 (0)	2 (14.3)	1 (3.1)	0 (0)	1 (7.1)	4 (2.9)	
	不明	6 (7.3)	3 (6.4)	0 (0)	3 (11.1)	0 (0)	10 (18.2)	5 (21.7)	0 (0)	5 (35.7)	5 (15.6)	2 (11.1)	3 (21.4)	16 (11.7)	
	小計	82 (100)	47 (100)	5 (100)	27 (100)	3 (100)	55 (100)	23 (100)	9 (100)	14 (100)	32 (100)	18 (100)	14 (100)	137 (100)	
合計(延べ)	実施	526 (80.4)	311 (84.3)	39 (88.6)	157 (72.0)	19 (82.6)	245 (57.4)	83 (49.1)	46 (68.7)	37 (36.3)	162 (62.8)	96 (64.9)	66 (60.0)	771 (71.3)	
	未実施	75 (11.5)	28 (7.6)	4 (9.1)	39 (17.9)	4 (17.4)	91 (21.3)	33 (19.5)	15 (22.4)	18 (17.6)	58 (22.5)	36 (24.3)	22 (20.0)	166 (15.4)	
	不明	53 (8.1)	30 (8.1)	1 (2.3)	22 (10.1)	0 (0)	91 (21.3)	53 (31.4)	6 (9.0)	47 (46.1)	38 (14.7)	16 (10.8)	22 (20.0)	144 (13.3)	
	合計	654 (100)	369 (100)	44 (100)	218 (100)	23 (100)	427 (100)	169 (100)	67 (100)	102 (100)	258 (100)	148 (100)	110 (100)	1081 (100)	

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査対象149保育施設の中には、平成29年4月から9月までの間に0歳児を預かった実績がない、園庭を有しないなどの理由で、重大事故発生防止対策の実施状況について、「該当なし」と回答した施設があり、本表では、これらの施設を除外しているため、「合計」欄の施設数が149にならないものもある。

3 資料中の構成比は、小数第2位を四捨五入しているため、合計が100にならないものもある。

資料 2-(1)-キ-① 監査時の最低限の確認事項となる各種通知における重大事故発生防止対策の記載状況

区分	認可保育施設等		認可外保育施設
	保育所	幼保連携型認定こども園	
	「児童福祉行政指導監査実施要綱」	「幼保連携型認定こども園監査通知」	
①・② 点検表を用いた定期的な呼吸等点検（0歳及び1歳）	（児童福祉施設事項） 第2_〔共通事項〕 （2）乳幼児突然死症候群の防止に努めるなど、事故防止対策を講じているか。	3(3)健康・安全・給食に関する事項 学校保健安全法（昭和33年法律第56号）その他の関係法令の規定に照らし、主として以下の状況を確認すること。 ② 事故防止・安全対策に関する取組状況（乳幼児突然死症候群の防止、（略）地域の関係機関との連携等）（※「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について」（平成28年3月31日）を踏まえて行うことが望ましい。）	・ 「認可外保育施設指導監督基準」 ・ 「評価基準」（証明書交付要領の別表）  <「認可外保育施設指導監督基準」> 第7(7)乳幼児突然死症候群の予防 ア 睡眠中の児童の顔色や呼吸の状態をきめ細かく観察すること。 イ 乳児を寝かせる場合には、仰向けに寝かせること。
③プールの活動・水遊び中の指導役と監視役の分別配置	（児童福祉施設事項） 第1_1_〔保育所〕 （5）事故発生の防止のための指針の整備等、事故発生の防止及び発生時の対応に関する措置を講じているか。	3(3)健康・安全・給食に関する事項 学校保健安全法（昭和33年法律第56号）その他の関係法令の規定に照らし、主として以下の状況を確認すること。 ② 事故防止・安全対策に関する取組状況（乳幼児突然死症候群の防止、学校安全（施設及び設備の安全点検、安全に関する指導、職員の研修等）に関する計画及び危険等発生時対処要領の作成・周知、これらに基づく訓練の実施並びに地域の関係機関との連携等）（※「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について」（平成28年3月31日）を踏まえて行うことが望ましい。）	<「認可外保育施設指導監督基準」> 第7(8)安全確保 ア 児童の安全確保に配慮した保育の実施を行うこと。 [考え方] ○ 施設の安全確保については、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、文部科学省、厚生労働省）を参考にすること。

資料 2-(1)-キ-① 監査時の最低限の確認事項となる各種通知における重大事故発生防止対策の記載状況（続き）

区分	認可保育施設等		認可外保育施設
	保育所	幼保連携型認定こども園	
	「児童福祉行政指導監査実施要綱」	「幼保連携型認定こども園監査通知」	
④点検表を用いた食材点検	<p>(児童福祉施設事項) 第 1_1_[保育所] (5) 事故発生の防止のための指針の整備等、事故発生の防止及び発生時の対応に関する措置を講じているか。</p> <p>第 2_[共通事項] (5) 3 歳未満児に対する献立、調理（離乳食等）、食事の環境などについての配慮がされているか。</p>	<p>3(3)健康・安全・給食に関する事項 学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）その他の関係法令の規定に照らし、主として以下の状況を確認すること。</p> <p>② 給食の適切かつ衛生的な提供に関する取組状況（給食材料の用意・保管、食中毒・アレルギー対策、調理の委託契約内容の委託先における遵守状況の確認、3 歳未満児に対する献立・調理等についての配慮、食育計画の作成等）</p>	<p>＜「認可外保育施設指導監督基準」＞ 第 6(2) 食事内容等の状況 ア 児童の年齢や発達、健康状態（アレルギー疾患等を含む。）等に配慮した食事内容とすること。</p> <p>第 7(8)安全確保 ア 児童の安全確保に配慮した保育の実施を行うこと。 [考え方] ○ 施設の安全確保については、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、文部科学省、厚生労働省）を参考にすること。</p>
⑤・⑥点検表を用いた定期的な保育室及び園庭内の点検	<p>(児童福祉施設事項) 第 1_1_[保育所] (5) 事故発生の防止のための指針の整備等、事故発生の防止及び発生時の対応に関する措置を講じているか。</p>	<p>3(3)健康・安全・給食に関する事項 学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）その他の関係法令の規定に照らし、主として以下の状況を確認すること。</p> <p>② 事故防止・安全対策に関する取組状況（（略）学校安全（施設及び設備の安全点検、安全に関する指導、職員の研修等）に関する計画及び危険等発生時対処要領の作成・周知、（略）地域の関係機関との連携等）（※「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について」（平成 28 年 3 月 31 日）を踏まえて行うことが望ましい。）</p>	<p>＜「認可外保育施設指導監督基準」＞ 第 7(8)安全確保 イ 事故防止の観点から、施設内の危険な場所、設備等に対して適切な安全管理を図ること。 [考え方] ○ 施設の安全確保については、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、文部科学省、厚生労働省）を参考にすること。</p>

資料 2-(1)-キ① 監査時の最低限の確認事項となる各種通知における重大事故発生防止対策の記載状況（続き）

区分	認可保育施設等		認可外保育施設
	保育所	幼保連携型認定こども園	
	「児童福祉行政指導監査実施要綱」	「幼保連携型認定こども園監査通知」	・ 「認可外保育施設指導監督基準」 ・ 「評価基準」（証明書交付要領の別表）
⑦アレルギー児の把握に係る取組	<p>(児童福祉施設事項) 第 1_1_[保育所] (5) 事故発生の防止のための指針の整備等、事故発生の防止及び発生時の対応に関する措置を講じているか。</p>	<p>3(3)健康・安全・給食に関する事項 学校保健安全法(昭和33年法律第56号)その他の関係法令の規定に照らし、主として以下の状況を確認すること。 ③ 給食の適切かつ衛生的な提供に関する取組状況(略) 食中毒・アレルギー対策、(略)食育計画の作成等</p>	<p>&lt;「認可外保育施設指導監督基準」&gt; 第5(3)保護者との連携等 ア 保護者との密接な連絡を取り、その意向を考慮した保育を行うこと。  第6 給食 [考え方] ○ (1)、(2)に取り組むに当たっては、保育所における食事の提供ガイドライン(平成24年3月厚生労働省)、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)を参考にすること。  第7(3)児童の健康診断 [考え方] ○ 入所時に、児童の体質、かかりつけ医の確認をするとともに、緊急時に備え、保育施設の付近の病院等関係機関の一覧を作成し、全ての保育従事者に周知することが必要であること。</p>



資料 2-(1)-キ-① 監査時の最低限の確認事項となる各種通知における重大事故発生防止対策の記載状況（続き）

区分	認可保育施設等		認可外保育施設
	保育所	幼保連携型認定こども園	
	「児童福祉行政指導監査実施要綱」	「幼保連携型認定こども園監査通知」	・ 「認可外保育施設指導監督基準」 ・ 「評価基準」（証明書交付要領の別表）
⑧誤食 防止措 置	<p>（児童福祉施設事項）</p> <p>第 1_1_〔保育所〕</p> <p>（5）事故発生の防止のための指針の整備等、事故発生の防止及び発生時の対応に関する措置を講じているか。</p> <p>第 2_〔共通事項〕</p> <p>（5）3 歳未満児に対する献立、調理（離乳食等）、食事の環境などについての配慮がされているか。</p>	<p>3(3)健康・安全・給食に関する事項</p> <p>学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）その他の関係法令の規定に照らし、主として以下の状況を確認すること。</p> <p>③ 給食の適切かつ衛生的な提供に関する取組状況（（略）食中毒・アレルギー対策、（略）食育計画の作成等）</p>	<p>&lt; 「認可外保育施設指導監督基準」 &gt;</p> <p>第 6 給食</p> <p>[考え方]</p> <p>○ （1）、（2）に取り組むに当たっては、保育所における食事の提供ガイドライン（平成 24 年 3 月厚生労働省）、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）を参考にすること。</p> <p>&lt; 「評価基準」 &gt;</p> <p>第 6(2) a (b)健康状態（アレルギー疾患等を含む。）等に配慮した食事内容か。</p>

(注) 1 監査時の最低限の確認事項となる各種通知に基づき、当省が作成した。

2 下線は当省が付した。

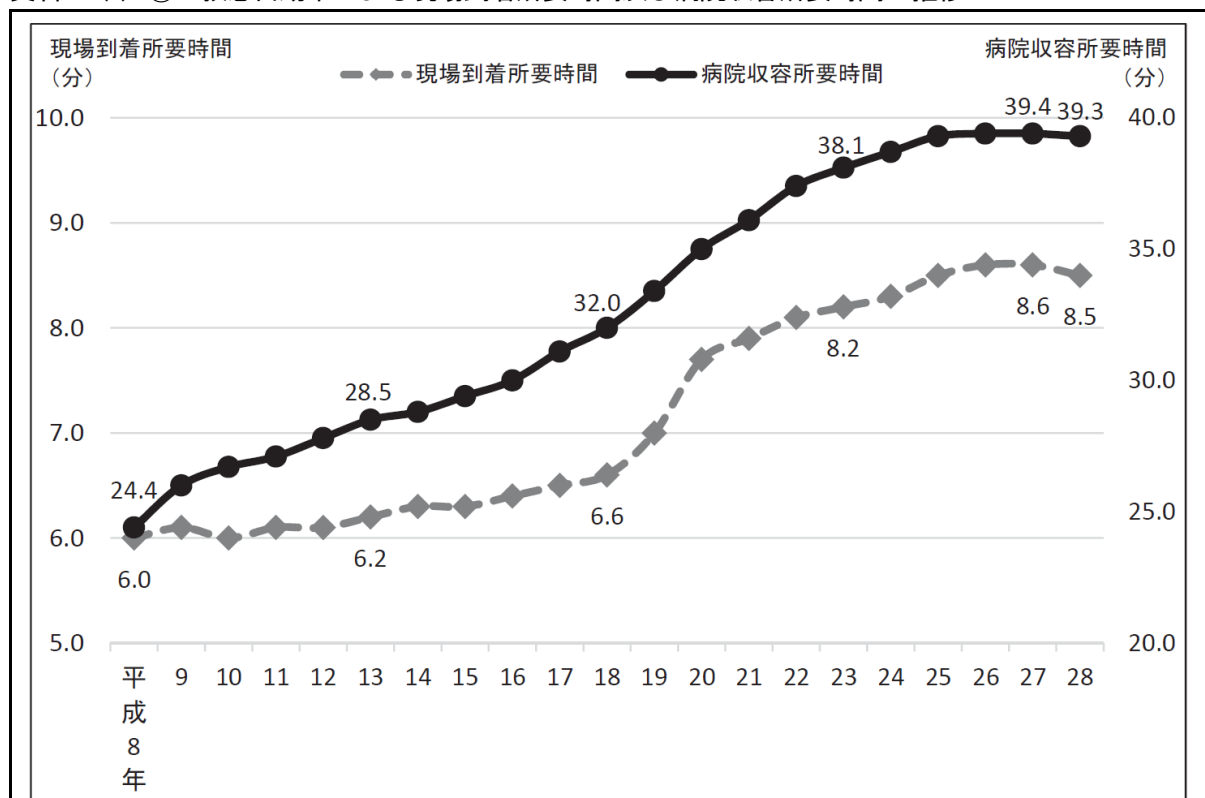
3 小規模保育事業を行う者に対する監査については、「児童福祉法に基づく家庭的保育事業等の指導監査について（通知）」に基づき、「児童福祉行政指導監査の実施について（通知）」を参考に行うこととされている。

資料 2-(1)-キ② 国において標準的な監査調書を作成してほしいとする調査対象 44 地方公共団体の意見の例

- ・ 保育施設等における一定の質の確保を図るためには、認可外保育施設について、認可外保育施設指導監督基準を示しているように、保育所、認定こども園、地域型保育事業を行う者に対する監査等についても国が統一的な基準を設けることが望ましい。  
また、呼吸等点検や誤食防止措置等が保育現場で実際にどのように行われているかの確認を監査の機会に行うことについて、国の各種の監査関係通知において明確に位置付けられれば、保育施設等に対しても指摘がしやすく、理解も得られやすいのではないかと。
- ・ 保育所、認定こども園、地域型保育事業を行う者に対する監査等について、国から標準的な監査調書や指摘基準が示されていないため、各地方公共団体においてそれぞれ監査調書を作成する必要があり、事務に負担をかけている現状がある。国として標準的な監査調書を示す対応があつてしかるべきである。
- ・ 平成 28 年度に地域型保育事業を行う者に対する監査を開始したが、監査のノウハウや専門知識がなく、非常に苦勞した。今後の監査に役立てるため、国において標準的な監査調書を示してほしい。
- ・ 可能であれば、国から地域型保育事業を行う者に対する監査に係る標準的な監査調書等を具体的に示していただけるとありがたい。
- ・ 事故防止等ガイドライン（地方公共団体向け）では、監査調書等の作成に当たり、川崎市の例を参考とするように書いてあったが、市の規模が違い過ぎて参考にならなかった。近隣の市の監査調書等も入手したが、いずれも規模が大きく、参考になるかは分からない。このため、国において、地方公共団体の規模に応じた標準的な監査調書を作成してほしい。
- ・ 国に対し、監査に関するガイドライン等の作成について、要望したい。
- ・ 認可保育施設等に対する監査について、国から全国統一の指摘・助言事項に係る判定基準が示されれば監査がやりやすくなると思われ、助かる。また、居宅訪問型保育事業を行う者に対する監査については、当該保育事業は、保育を必要とする乳幼児の居宅において 1 対 1 で保育を実施するものであり、具体的にどのような方法で、どのような事項について監査で確認するのかなどについて明確にしてほしい。
- ・ 監査については、何についてどこまで確認することが必要なのか不明確であり、手探りで業務を進めているような状態である。各地方公共団体で同様の状況になっていることが予想されるため、国において、これまでの監査に係る通知等を体系的に整理した上で、解説書のようなものを示してほしい。
- ・ 同じような観点の監査項目であってもどの程度まで監査時に確認を行うかどうかについては、地方公共団体ごとに区々となっているのが現状であることから、保育施設等に対する実地監査を行う際の参考となる解説書等を国において策定し、周知してほしい。
- ・ 保育施設等においてみられたある状況について、文書指摘とするか口頭指摘事項とするかを迷うことがあり、監査担当者としては、指摘・助言事項の判断基準を国において定めてくれればやりやすいと考える。

(注) 当省の調査結果による。

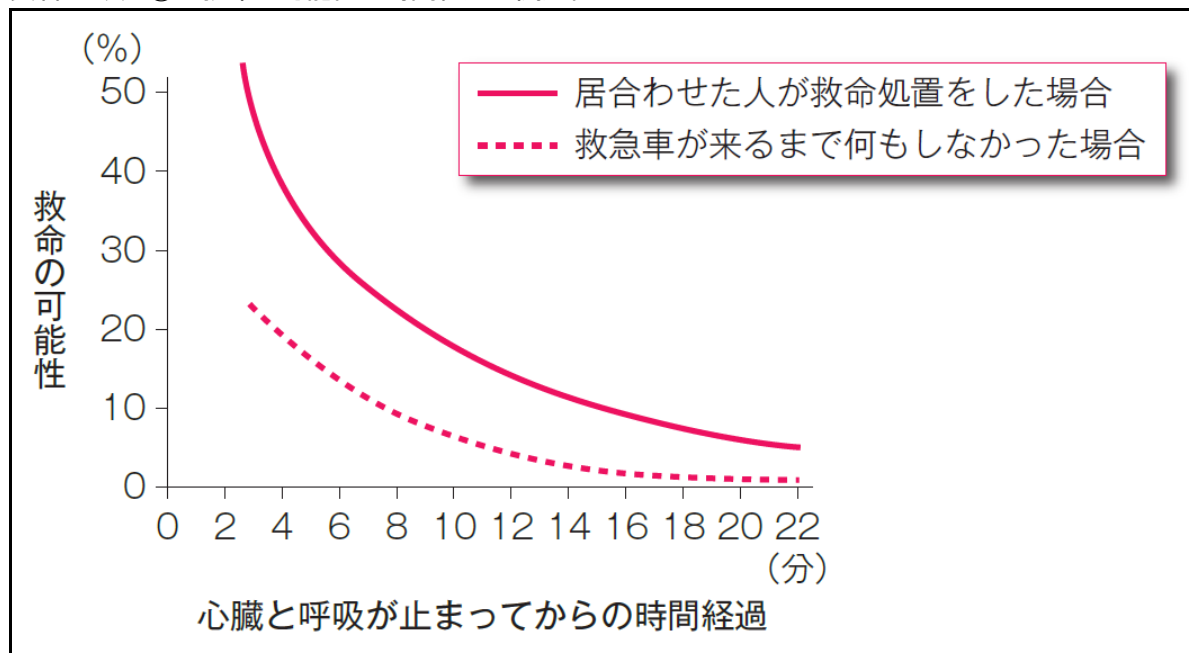
資料 2-(2)-① 救急自動車による現場到着所要時間及び病院収容所要時間の推移



(注) 東日本大震災の影響により、平成 22 年及び平成 23 年の釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

(注) 総務省消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」による。

資料 2-(2)-② 救命の可能性と時間経過の関連性



(注) 厚生労働省「救急蘇生法の指針 2015」(監修：日本救急医療財団心肺蘇生法委員会)による。

資料 2-(2)-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【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」（平成 28 年 3 月）＜救急救命に係る実技講習や事故発生時の対処方法を身につける実践的な研修に係る記載部分の抜粋＞

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

(2) 職員の資質の向上

各施設・事業者においては、子どもの安全確保に関する研修に参加することを基本とするとともに、全ての職員は、救急対応（心肺蘇生法、気道内異物除去、AED・エピペン®の使用等）の実技講習、事故発生時の対処方法を身につける実践的な研修を通じて、事故防止に係る職員の資質の向上に努める。

施設・事業所での研修や職員会議などの機会に、子どもの発育・発達と事故との関係、事故の生じやすい場所等を共有することで、事故への認識、危険に対する予知能力の向上を図る。

① 研修や訓練の内容

- 施設・事業者自らが企画、立案し、消防等の関係機関、保護者等の協力を得ながら、各種訓練を計画的に実施する。
- 上記「(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等」について、自らの施設等の保育環境を考慮して施設・事業所内で研修を実施する。
- その際、「ガイドライン【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」や国及び地方自治体が行う再発防止に関する取組みを参考に、自らに適した取組みを行う。
- 救急対応（心肺蘇生法、気道内異物除去、AED・エピペン®の使用等）について、実技講習を定期的に受講し、施設・事業者においても訓練を計画的に行う。
- 119 番通報が円滑に行われるよう通報訓練を行う。その際、園庭での活動中、園外活動中、プールでの活動中等、場所や場面、職員の配置の状況を変え、実践的なものとなるよう工夫して実施する。  
※119 番通報のポイントと伝えるべきことや役割分担については、下記「(3) 緊急時の対応体制の確認」を参照する。

② 研修への参加の促進

- 地方自治体等が実施する研修への参加については、積極的に対応する。  
※公定価格には、代替要員等に係る経費が含まれていることを踏まえ、積極的に参加する。  
※研修の参加費用について、地方自治体から補助が行われている場合があることも踏まえ、積極的に参加する。
- インターネットで共有等されている事故予防に関する研修の動画等を活用する。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-④ 「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】～地方自治体向け～」（平成 28 年 3 月）＜救急救命に係る実技講習や事故発生時の対処方法を身につける実践的な研修に係る記載部分の抜粋＞

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

(2) 職員の資質の向上

計画的な研修に係る取組みとして、都道府県は各施設・事業者の研修の機会を確保するとともに、市町村においては制度の実施主体として積極的に研修の機会を確保するよう努める。また、施設・事業者については、子どもの安全確保に関する研修に参加することを基本とする。

① 「ガイドライン【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」等について、地方自治体における実情を踏まえた研修等の実施により周知する。

○ 研修については、「ガイドライン【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」、事故のデータベース等の国が行う再発防止に関する取組み、死亡事故等の重大事故の検証等の地方自治体が行う再発防止に関する取組み、各施設・事業者の事故防止の取組みや再発防止策の好事例の紹介、救急対応（心肺蘇生法、気道内異物除去、AED・エピペン®の使用等）の実技講習等を内容とする。

○ 施設・事業者に対し、地方自治体による研修の内容を参考に、ガイドラインに基づく具体的な指針等の策定をはじめとした自らに適した取組みを行うよう助言・指導する。

② 施設・事業者が自ら実施する研修を始めとした事故防止に関する取組みを支援するとともに、施設・事業者を対象とした研修の機会の確保に努める。

○ 研修の機会の確保については、施設・事業者が自ら行う研修、地方自治体による研修（主催、外部委託、講師派遣）の他、関係団体による研修、その他の団体が主催する研修等様々な主体による研修の紹介などを行う。

○ 施設・事業者が、地方自治体等による研修への参加について積極的に対応するよう促す。

※ 公定価格には、代替要員等に係る経費が含まれていることを踏まえ、施設・事業者に対し研修に積極的に参加するよう促す。

※ 研修の参加費用の補助について積極的に取り組む。補助を行っていることについて施設・事業者に対し周知し、研修に積極的に参加するよう促す。

○ この他、インターネットで共有等されている事故予防に関する研修の動画を視聴するよう促すことも有効である。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑤ 保育施設が地域の消防署等と連携して救急救命訓練を実施できるように支援し、巡回指導などを通じて指導することについて触れられている検証報告書の提言

○ 「東京都教育・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検証委員会報告書 事業所内保育施設で午睡時にうつぶせ寝で寝かされた 1 歳児の死亡事故から私たちが学ぶ、1 歳児の保育と低年齢児に対する丁寧な保育の大切さについて」（平成 29 年 3 月 8 日東京都教育・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検証委員会）＜抜粋＞

第四章 より良い保育の実現に向けた提言

(1) 国、都、区市町村が取り組む課題

(カ) 重大事故発生時に対応できる訓練の実施について

提言 9 都は、認可外保育施設で病気やけがなどの重大事故が発生したことを想定した救命救急訓練を、例えば、地域の消防署などと連携して実施できるよう支援するとともに、認可外保育施設が事故発生時に的確に対応することができるよう、具体的な内容について巡回指導などを通じて指導すること。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑥ 「救急蘇生法の指針 2015 (監修: 日本救急医療財団心肺蘇生法委員会)」 <心肺蘇生法の技術の習得に係る記載部分の抜粋>

Ⅲ 救命の連鎖と市民の役割

3 「救命の連鎖」の3つめの輪～一次救命処置(心肺蘇生とAED)～

「救命の連鎖」の3つめの輪は一次救命処置(心肺蘇生とAED)、つまり停止した心臓と呼吸の働きを補助することです。心臓が止まると約15秒で意識が消失し、そのままの状態が続くと脳機能の回復は困難となります。

1) 心肺蘇生

心臓が止まっている間、心肺蘇生によって心臓や脳に血液を送りつづけることは、AEDによる心拍再開の効果を高めるためにも、さらには心拍再開後に脳に後遺症を残さないためにも重要です。心肺蘇生は胸骨圧迫と人工呼吸を組み合わせることが原則です。効果的な胸骨圧迫と人工呼吸を行うためには、講習を受けて習得しておくことがすすめられます。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑦ 事故当時、保育士によって心肺蘇生法やAEDが確実に実施されていないことから一次救命処置の対応力が欠如していることについて指摘されている検証報告書の提言

○ 「大阪市たんぽぽの国保育事故調査報告書」(平成29年7月子ども・子育て支援会議 教育・保育施設等事故検証部会) <抜粋>

第2 「本件保育事故」における課題を踏まえた再発防止策の提言～本件類似事故の根絶のために～

2 提言1(一次救命処置の対応力の構築)の提言理由と内容

(2) 「本件保育事故」における課題

ア 一次救命処置の対応力が欠如

本件において保育士は、意識確認(①)はしたものの、直ちに119番通報(②)をせず、実際に119番通報をしたのは事故認知から約20分後であった。119番通報をするまでの間、心肺蘇生のうち人工呼吸は実施したようだが、胸骨圧迫(③)が未実施であった。AED(④)は未設置ゆえに使用しなかった。心肺蘇生のおおよその流れとの対比からも明らかのように、本園においては、一次救命処置の対応力は備わっていなかったと言わざるを得ない。しかも、同様の状況の園は、少なからず存在しているのではないかと危惧される。このような状況では、救える命であっても救命の機会を逃してしまうことになる。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑧ 「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 玩具による乳幼児の気道閉塞事故」(平成 29 年 11 月 20 日消費者安全調査委員会) <抜粋>

3 基礎情報

3.1 気道閉塞及び窒息に関する基礎情報

3.1.2 窒息と救命措置

窒息後 3～4 分で顔色が青紫色等に変色(チアノーゼ)し、5～6 分程度で呼吸が止まって意識を失う。そして、心臓が止まり、大脳が障害され、15 分を過ぎると脳死に至る(図 2)<sup>14</sup>。

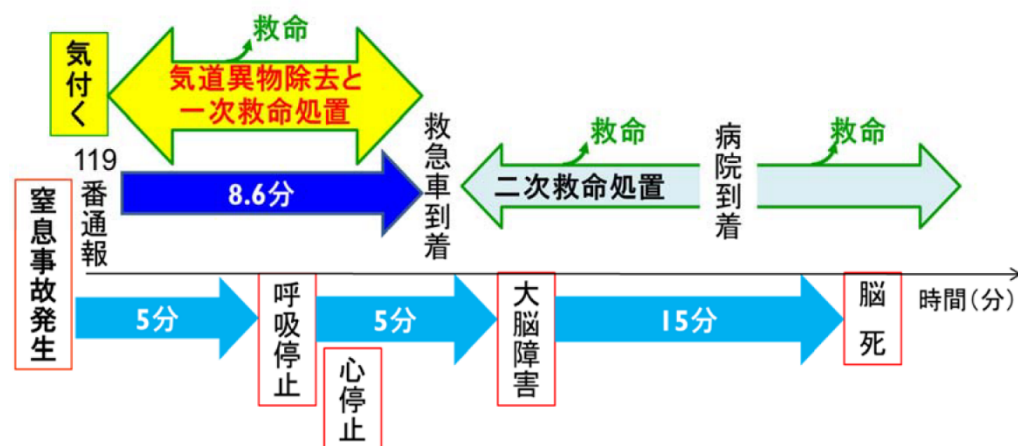


図 2 窒息事故後の経過と救命処置<sup>15</sup>

<sup>14</sup> 窒息後の経過を示す時間は、目安である。

<sup>15</sup> 一次救命処置とは、窒息を起こした人に対して、その場に居合わせた人が、救急隊や医師に引継ぐまでの間に行う応急手当のことである。対象者の全身の確認、反応(意識)の確認及び 119 番への通報を行うとともに、気道確保、人工呼吸及び心臓マッサージにより自発的な血液循環を回復させる。心肺蘇生においては、専門的な器具や薬剤を用いなくても、可能な限り早く胸骨圧迫を開始することが、予後を左右する。二次救命処置とは、一次救命処置に引き続いて行われる心肺蘇生法で、医師又は十分に教育訓練を受けた看護師や救急救命士などが医療用補助器具や薬剤などを用いて行うものをいう。

8 再発防止策

8.2 事故のリスク及び防止策の共有

8.2.3 重篤化の防止

窒息となった場合、呼吸停止から 5 分後には大脳が損傷され、15 分後には脳死に至る。このように、窒息が起こると短時間で重篤化するため、迅速な処置が必要である。消費者は、正しい処置(背部叩打法、胸部突き上げ法又はハイムリック法)について迅速に行えるように、対処方法を、最寄りの消防署や日本赤十字社等で専門家から学ぶ必要がある。

(注) 下線は当省が付した。

V 一次救命措置

4 気道異物

3) 119 番通報と異物除去

(1) 反応がある場合

窒息と判断すれば、ただちに 119 番通報を誰かに依頼した後に、腹部突き上げや背部叩打を試みます。

腹部突き上げと背部叩打は、その場の状況に応じてやりやすい方法を実施してかまいませんが、1 つの方法を数度繰り返しても効果がなければ、もう 1 つの方法に切り替えてください。異物が取れるか反応がなくなるまで、2 つの方法を数度ずつ繰り返して続けます。

なお、明らかに妊娠していると思われる女性や高度な肥満者には腹部突き上げは行いません。背部叩打のみを行います。

参考 乳児に対する一次救命措置

3) 気道異物への対応

苦しそうで顔色が悪く、泣き声も出ないときは気道異物による窒息を疑います。窒息と判断したら、以下の対応を開始します。ただし、誰かが周りにいればその前に 119 番通報を依頼します。

反応がある間は頭側を下げて背部叩打と胸部突き上げを実施します。乳児では腹部突き上げは行いません。

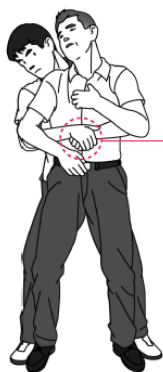


図 29 腹部突き上げ法

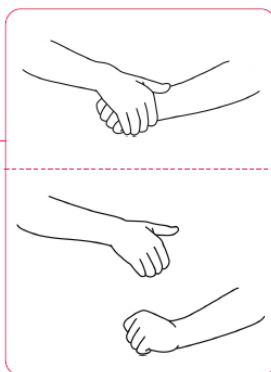


図 30 小児に対する腹部突き上げ法



図 31 背部叩打法

(注) 下線は当省が付した。



資料 2-(2)-⑩ 事故以前に誤えん事故を想定した研修や訓練をほとんど行っていなかったことについて指摘されている検証報告書

○ 「事故調査報告書」（平成 24 年 11 月 26 日 はこのもり保育園誤嚥事故調査委員会）＜抜粋＞

第 2 事故原因の検討

3 事故原因の検討

(4) 救護活動の観点から

市では、緊急時対応マニュアルを整備していたが、本件事故以前、誤嚥事故を想定した研修や訓練をほとんど行っていなかった。

前述のように、本件事故後の職員らの行動について、特段、結果の拡大に寄与したような点は見られない。その意味で、前記の点は本件事故ないし本件事故による重大な結果の原因ではない。

しかし、保育施設における誤嚥事故は容易に想定しうるものであるし、実際にそのような事故の情報を耳にしたこともあったであろう。このような状況下、研修等がほとんど行われていなかったというのは、問題である。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑪ 「命を落とすこともある！ 子どもの誤飲事故」（平成 17 年 4 月 6 日独立行政法人国民生活センター記者説明会資料）＜抜粋＞

乳幼児には、身の回りのものを何でも口に入れるという時期がある。

国民生活センター危害情報システム※1 には、乳幼児が食品以外のものを、誤って口に入れて飲み込んでしまったとか、のどや気管に異物が入ったなど、誤飲等※2 による事故情報が寄せられている。これらは、中毒、消化器の異常、窒息につながるおそれがある。また、一歩まちがえば生命に関わる危険性があり、胃洗浄や内視鏡での異物除去など患者の体への負担が大きい治療方法がとられる場合もある。

当センターには、3 歳の男児が小さなゴムボールを口に入れ窒息、低酸素症による植物状態となった事故、1 歳の男児が粉ミルク用小分け容器のキャップを飲み込み、のどに詰まり呼吸停止した事故（4 ページ）の情報が寄せられている。

そこで、これらの事故情報を分析し、事故防止策、対応策などについて情報提供することとした。

※1 商品やサービス等により生命や身体に危害を受けたり、そのおそれがあった情報を全国の危害情報収集協力病院及び消費生活センターからオンラインで収集し、それを分析し、消費者被害の未然防止・拡大防止のために役立てることを目的として作られたシステムである。

※2 異物がのど（咽頭～喉頭）を経由して食道以下に入ったことを誤飲という。また、気道（のど、気管）に異物が入った場合を気道異物といい、のど（咽頭～喉頭）に異物が存在する場合（咽頭異物、喉頭異物）と、気管・気管支～肺内に異物を吸い込んだ場合（誤えん）に分けられる。

本書では、便宜上、これらを合わせて「誤飲等」と呼ぶ。

4. 事例

[1] 入院を要した事例

[中毒]

- ③ 叔母が服用している鎮静剤や抗けいれん剤を飲んでしまい、こん睡状態となった。（2000 年度 4 歳 女児）

[消化器に異常が発生したもの]

- ⑤ 居間にあった哺乳瓶の洗浄剤の白い錠剤を口に入れてしまった。突然機嫌が悪くなり嘔吐した。吐物に塩素系のおいのする白いかたまりがあった。（2004 年度 0 歳 女児）

[2] 患者の体への負担の大きい治療方法がとられた事例

- ⑩ ビールで濡れたタバコ 5 本を誤飲。受診待ちの間にぐったりした。胃洗浄を行ったところ大量のタバコが排出され、症状が改善した。(2000 年度 0 歳 男児)
- ⑪ 母の薬 50 錠を誤飲した。1 週間くらい入院し、胃洗浄及び浣腸、点滴の処置をした。(2000 年度 3 歳 女児)

6. 消費者へのアドバイス

[2] 万一、誤飲等をしてしまったときの対処法

誤飲等をしたものによって、吐かせてもよい場合と、吐かせてはいけない場合があるので注意が必要である。主な対処法は下記の表 2 の通りである。なお、飲み込んだものによって緊急を要する場合もあるので、至急病院で診察を受けること。

表 2 誤飲等の事故が起きたときの対処法

事故のケース	飲んでしまったものなど	家庭での応急手当	対処法	備考
食道・胃内の異物	タバコ	すぐ吐かせる。ニコチンが体内へ吸収されやすくなるため、水や牛乳は飲ませない。	病院へ	飲んでしまったものがわかるよう、容器や包装、吐いた物を病院へ持参。
	大部分の医薬品	吐かせる。吐かせやすくするために、水や牛乳を体重 1kg あたり 10~15ml 飲ませてもよい。	病院へ	
	パラジクロルベンゼン、ナフタリン、防虫剤など	牛乳は飲ませない。水を飲ませて吐かせる。	病院へ	
	除光液、灯油、ガソリン、ベンジンなどの揮発性物質	何も飲ませない。吐かせてはいけない。	至急病院へ	揮発性のものが食道を逆流して肺に入り障害を起こす危険性があるので吐かせない。
	トイレ用洗剤、漂白剤などの強酸・強アルカリ	牛乳、卵白を飲ませる。吐かせてはいけない。	至急病院へ	無理に吐かせると食道などの粘膜を傷めるため吐かせない。
	食道の異物：硬貨、針状異物など	吐かせてはいけない。	至急病院へ	食道異物は穿孔の危険があり、いずれも内視鏡で早急に摘出する。
	ビニールチューブ、ひもなどの柔らかい異物	吐かせてはいけない。	至急病院へ	内視鏡で摘出する。
	ボタン電池	吐かせてはいけない。	至急病院へ	ボタン電池は長時間胃内にあると粘膜に穴があくこともある。

表 2 及び図 2~4 は、長村敏生、水田隆三著「事故と応急処置」『保健の科学』第 40 巻第 10 号 1998 年（杏林書院）、田中哲郎著「新子どもの事故防止マニュアル改訂第 3 版」2003 年（診断と治療社）を参照した。

(注) 下線は当省が付した。

## 誤飲してしまった場合

子どもが何かを誤飲してしまった時は、何を飲んだか、いつ飲んだか、どれだけの量を飲んだか、などを確認することが必要です。誤飲してしまったものの種類によって対応が異なることがあるので注意しましょう。

**< 誤飲してしまった時の対応のポイント >**

誤飲したもの					
たばこ	大部分の 医薬品など	ナフタリン、 パラジクロル ベンゼンなど の防虫剤	除光液、灯油、 ガソリン、 ベンジンなど の揮発性物質	トイレ用洗剤、 漂白剤などの 強酸・強アル カリ性物質	ボタン電池
何も 飲ませない	水や牛乳を 飲ませる	牛乳は 飲ませない	何も 飲ませない	水や牛乳を 飲ませる	何も 飲ませない
<b>吐かせないで、至急病院へ</b>					

**< 病院へ行く際のチェックポイント >**

①何を飲んだか ②いつ飲んだか ③どれだけの量を飲んだか  
④顔色が悪いなど、いつもと違うところはないか ⑤けいれんを起こしていないか  
⑥意識ははっきりしているか  
などをチェックし、誤飲したものの容器や袋、説明書などを持っていきましょう。

(注) 資料中の太い枠線は当省が付した。

非医療従事者による自動体外式除細動器 (AED) の使用について

2 非医療従事者による AED の使用について

救命の現場に居合わせた一般市民 (報告書第 3 の 3 の (4) 「講習対象者の活動領域等に応じた講習内容の創意工夫」にいう「業務の内容や活動領域の性格から一定の頻度で心停止者に対し応急の対応をすることが期待・想定されている者」に該当しない者をいうものとする。以下同じ。)が AED を用いることには、一般的に反復継続性が認められず、同条違反にはならないものと考えられること。

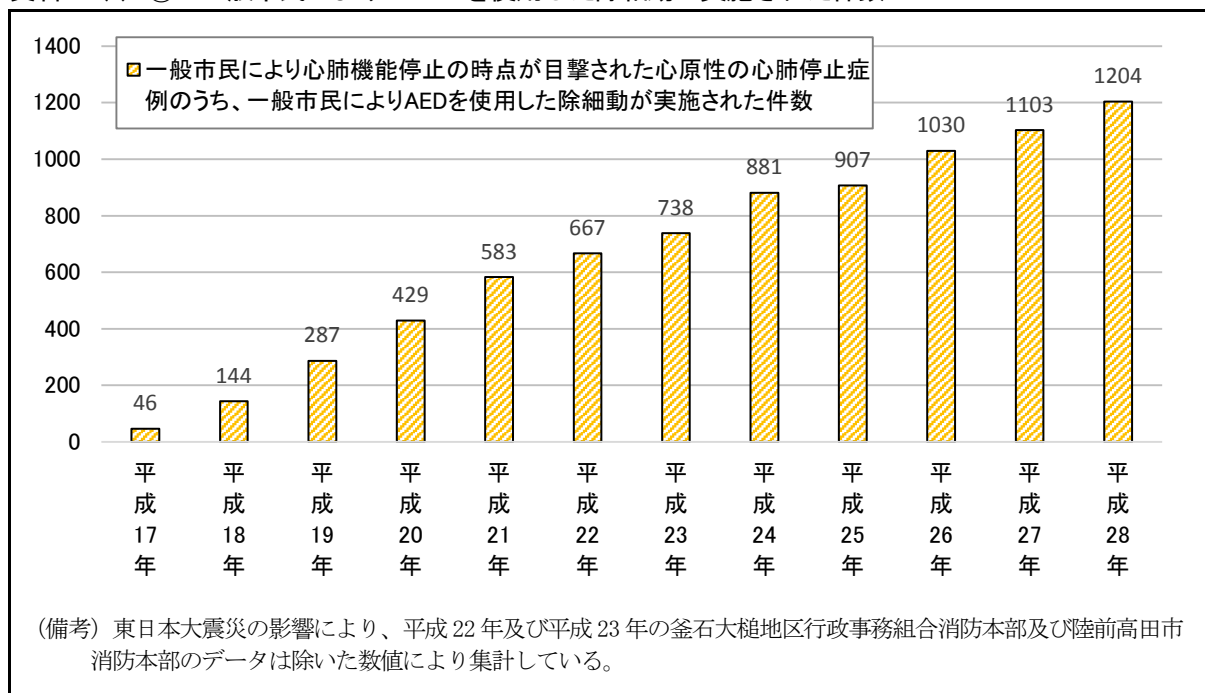
一方、業務の内容や活動領域の性格から一定の頻度で心停止者に対し応急の対応をすることが期待、想定されている者については、平成 15 年 9 月 12 日構造改革特区推進本部の決定として示された、非医療従事者が AED を用いても医師法違反とならないものとされるための 4 つの条件、すなわち、

- ① 医師等を探す努力をしても見つからない等、医師等による速やかな対応を得ることが困難であること
- ② 使用者が、対象者の意識、呼吸がないことを確認していること
- ③ 使用者が、AED 使用に必要な講習を受けていること
- ④ 使用される AED が医療用具として薬事法上の承認を得ていること

については、報告書第 2 に示す考え方に沿って、報告書第 3 の通り具体化されたものであり、これによるものとする。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑭ 一般市民により AED を使用した除細動が実施された件数



(注) 総務省消防庁「平成 29 年版 消防白書」に掲載された資料に基づき、当省が作成した。

資料 2-(2)-⑮ AED の適正配置に関するガイドライン (平成 25 年 9 月 9 日 一般財団法人日本救急医療財団) <抜粋>

2 AED 設置が求められる施設

表 2: AED の設置が推奨される施設の具体例

1. 駅・空港
2. 旅客機、長距離列車・長距離旅客船等の長距離輸送機関
3. スポーツジムおよびスポーツ関連施設
4. デパート・スーパー・飲食店などを含む大規模な商業施設
5. 多数集客施設
6. 市役所、公民館、市民会館等の比較的規模の大きな公共施設
7. 交番、消防署等の人口密集地域にある公共施設
8. 高齢者のための介護・福祉施設
9. 学校 (小学校、中学校、高等学校、大学、専門学校等)
10. 会社、工場、作業場
11. 遊興施設
12. 大規模なホテル・コンベンション
13. その他
  - 13-1 一次救命処置の効果的実施が求められるサービス
  - 13-2 島しょ部および山間部などの遠隔地・過疎地、山岳地域など、救急隊や医療の提供までに時間を要する場所

資料 2-(2)-⑯ 国に対して保育施設を AED の設置が推奨される施設の一つとして位置付けることを期待することについて提言がなされている検証報告書

○ 「大阪市たんぽぽの国保育事故調査報告書」（平成 29 年 7 月 こども・子育て支援会議 教育・保育施設等事故検証部会）〈抜粋〉

第 2 「本件保育事故」における課題を踏まえた再発防止策の提言～本件類似事故の根絶のために～

2 提言 1（一次救命処置の対応力の構築）の提言理由と内容

ウ AED の設置推奨

(ア) 国に対して

平成 16 年 7 月に非医療従事者による AED の使用が認可されて以来、駅や空港、学校、官公庁などの公共施設への設置が進んだ。厚生労働省は、平成 25 年 9 月、さらなる普及拡大に当たり、効果的かつ効率的な設置に向けた指針として「AED の適正配置に関するガイドライン」（以下「AED ガイドライン」という。）を公表し、普及拡大を推進している。

保育施設は、「AED ガイドライン」で示された AED の設置が推奨される施設の具体例としては挙げられていないが、類似の事故発生例は、「教育・保育施設等における事故報告集計（内閣府）」によれば、保育施設全体としては毎年一定数の報告があり、保育施設に預けたのを最後に帰らぬ人となってしまったという事態は、本来あってはならないことであるという意識を共有するならば、保育施設を、AED の設置が推奨される施設の一つとして位置づけていただきたい。国の施策・関連予算措置を期待する。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑰ 「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）

第 3 章 アレルギー疾患各論

4 食物アレルギー・アナフィラキシー

(2) アナフィラキシー

D. 緊急時に備えた処方薬

緊急時に備え処方される医薬品としては、皮膚症状等の軽い症状に対する内服薬とアナフィラキシーショック等に対して用いられるアドレナリンの自己注射薬である「エピペン®0.15mg」（商品名）がある。アナフィラキシーショックに対しては、適切なタイミングでのアドレナリンの投与が非常に有効で、重篤な症状への対処という意味では作用する時間（5 分以内）を考えると同薬のみが有効と言える。

1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）

内服薬としては、多くの場合、抗ヒスタミン薬やステロイド薬が処方されている。しかし、これらの薬は、内服してから効果が現れるまでに時間がかかるため（抗ヒスタミン薬：30 分～1 時間、ステロイド薬：数時間）、アナフィラキシーショックなどの緊急を要する重篤な症状に対しては、その効果を期待することはできない。誤食時に備えて処方されることが多い医薬品だが、症状出現早期には軽い皮膚症状などに対してのみ効果が期待できる。ショックなどの症状には、これらの内服薬よりもアドレナリン自己注射薬「エピペン®0.15mg」を適切なタイミングでためらわずに注射する必要がある。

(略)

2. アドレナリン自己注射薬（商品名「エピペン®0.15mg」）

「エピペン®0.15mg」は、アナフィラキシーを起こす危険が高く、万一の場合に直ちに医療機関での治療が受けられない状況下にいる者に対し、事前に医師が処方する自己注射薬である。医療機関でのアナフィラキシーショックの治療や救急蘇生に用いられるアドレナリンという成分が充填されており、患者自らまたは保護者が注射できるように作られている。このため、患者や保護者が正しく使用できるように処方に際し

て十分な患者教育が行われることと、それぞれに判別番号が付され、使用した場合の報告など厳重に管理されていることが特徴である。

食物による重篤なアナフィラキシーショック症状に対して30分以内にアドレナリンを投与することが患者の生死を分けるとも言われており、救急搬送時間を考慮すると保育所で投与が必要となる場合もあり得る。ただし、アドレナリンを投与しても再び血圧低下など重篤な症状に陥ることがあるため、「エピペン®0.15mg」が必要な状態になり使用した後は速やかに救急搬送し医療機関を受診する必要がある（P57～第4章6アナフィラキシーが起こったときの対応（「エピペン®」の使用）参照）。

(注) 下線は当省が付した。

資料2-(2)-⑱ 「医師法第17条の解釈について」（文部科学省からの照会及び当該照会に対する厚生労働省の回答）

○ 文部科学省から厚生労働省への照会

25 ス学健第17号  
平成25年11月13日

厚生労働省医政局医事課長 殿

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長  
大路正浩

医師法第17条の解釈について（照会）

標記の件について、下記のとおり照会しますので、御回答くださるようお願い申し上げます。

記

学校現場等で児童生徒がアナフィラキシーショックに陥り生命が危険な状態である場合に、救命の現場に居合わせた教職員が自己注射薬（「エピペン（登録商標）」）を自ら注射ができない本人に代わって注射する場合が想定されるが、当該行為は緊急やむを得ない措置として行われるものであり、公益財団法人日本学校保健会発行、文部科学省監修の「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（平成20年3月31日）において示している内容に即して教職員が注射を行うものであれば、医師法違反とはならないと解してよろしいか。

○ 上記照会に対する厚生労働省の回答

医政医発1127第1号  
平成25年11月27日

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長 殿

厚生労働省医政局医事課長

医師法第17条の解釈について（回答）

平成25年11月13日付25ス学健第17号をもって照会のあった件について、下記のとおり回答いたします。

記

貴見のとおり。

(注) 下線は当省が付した。

第4章 食物アレルギーへの対応

6 アナフィラキシーが起こったときの対応(「エピペン®」の使用について)

【保育所での「エピペン®」の管理運用におけるポイント】

職員全員が

- 「エピペン®」の保管場所を知っていること。
- 「エピペン®」の注射するタイミングと方法を知っていること。
- 「エピペン®」や緊急時対応に必要な書類一式の保管場所を知っていること。

「エピペン®」の保管を考えると、その利便性と安全性を考慮する必要がある。利便性という観点から、万が一のアナフィラキシー症状発現時に備えて、「エピペン®」はすぐに取り出せるところに保存されるべきである。保育所で保管する場合は、事前に「エピペン®」がどこに保管されているかを職員全員が知っておく必要がある。安全性という観点から、子ども達の出入りの多い場所で管理する場合には、容易に手に届くところで管理することは避ける必要がある。

第5章 アレルギー疾患の共通理解と関係者の役割

3 行政の役割

保育所におけるアレルギー児への対応は、近年、増加傾向にある。保護者からの要求等も多い中、各保育所による個々の対応を行うのではなく、地域における新しい情報の発信と体制づくりの強化が求められる。今回のこのガイドラインを保育者、保護者、嘱託医(地域)とともに共通理解をし、地域の中で周知・共有できるよう、都道府県・市町村の支援の下に、健康・安全に関する協議会等の立ち上げや定期的な研修、教育の機会を企画する必要がある。また、関係機関との連携により、子どもへのアレルギー対応が速やかに行われるよう調整する。

(注) 下線は当省が付した。

マイランEPD合同会社  
エピペン カスタマーサポートセンター

エピペン練習用トレーナーの無償貸与に関するご案内

マイランEPD合同会社では、緊急時にエピペンの投与を必要とする患者様が、教職員・保育士、救急救命士等周囲の方々から適正な支援を受けられる環境の整備を目的に、アナフィラキシー、食物アレルギー等に関する講習会の主催者・ご担当者へ、エピペン練習用トレーナーの無償貸し出しを行っています。

無償貸与を希望される場合は、別紙申込書をFaxにてご送付ください。

なお貸与には、1)実施される講習会が下記貸与基準を満たしていること、2)下記貸与条件すべてにご同意いただくことが条件となっており、お申込み前に必ず下記をご一読くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 貸与基準

- ① 講習会の申込者は、アナフィラキシー、食物アレルギー等に関する講習会の主催者もしくは事務局のご担当者であること。
- ② 講習会の対象者は、医療関係者、エピペンを処方された患者様とご家族、教職員や学生、保育士、かつ、その目的がエピペンに関する実習や教育訓練であること。

- ③ 講習会にて指導する講師は、正しいエピペン使用法に精通し、かつ下記のいずれかに該当すること。
- i) 医師
  - ii) 歯科医師
  - iii) 看護師（准看護師を含む）、薬剤師、管理栄養士、救急救命士、歯科衛生士
  - iv) 保育園・幼稚園・小中学校などの教職員関係者
  - v) 官公省庁の職員関係者
  - vi) アレルギー関連の患者会関係者

2. (略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑳ アナフィラキシーの症状が出たにもかかわらず、エピペンを打たずに初期対応を誤ったことについて指摘されている検証報告書

○ 「調布市立学校児童死亡事故検証結果報告書」（平成 25 年 3 月 調布市立学校児童死亡事故検証委員会）＜抜粋＞

7 事故発生の要因

検証委員会では今回の事故の直接的な原因と思われるものとして、除去食の提供（おかわりを含む。）方法と緊急時の対応の二つに大きな問題があったと判断している。

除去食の提供では、

- 1 チーフ調理員が S さんに、どの料理が除去食であるかを明確に伝えていなかったこと。
- 2 おかわりの際に担任が除去食一覧表（担任用）で確認しなかったこと。
- 3 保護者が S さんに渡した献立表に、除去食であることを示すマーカーが引かれていなかったこと。

緊急時の対応では、

- 1 担任がエピペン®を打たずに初期対応を誤ったこと。
- 2 養護教諭が食物アレルギーによるアナフィラキシーであることを考えずに、エピペン®を打たずに初期対応を誤ったこと。

以上の内一つでも実施されていたら、女の子の命を守れたのではないかと考えられる。

しかし、事故の背景にある様々な要因が事故に結びついていたと考えられ、それらの一つひとつを改善することが再発防止につながるものと考えられることから、次の要因についても報告しておきたい。

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-㉑ 過去にアナフィラキシーにつながりかねないヒヤリハットを経験したことを契機としてエピペンの使用方法に関する実技講習に保育従事者を参加させた保育施設の事例

当該保育施設では、昼食の味噌汁の中にアレルギー食物が入っており、それを食べた幼児に軽い湿しんがみられたことを契機として、エピペンの使用方法に関する実技講習に保育従事者を参加させた。

(注) 当省の調査結果による。



資料 2-(2)-㉓ 「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」(平成 5 年 3 月 30 日付け消防救  
 発第 41 号消防庁次長通知) <抜粋>

4 住民に対する普及講習の種類

(1) 住民に対する標準的な講習は、次に掲げるものとし、そのカリキュラム、講習時間等につ  
 いては別表 1、別表 1 の 2、別表 1 の 3 及び別表 2 のとおりとする。

講習の種別	主な普及項目	
普通救命講習	I	心肺蘇生法(主に成人を対象)、大出血時の止血法
	II	心肺蘇生法(主に成人を対象)、大出血時の止血法 (注)受講対象者によっては、小児、乳児、新生児に対 する心肺蘇生法とする。
	III	心肺蘇生法(主に小児、乳児、新生児を対象)、大出血 時の止血法
上級救命講習	心肺蘇生法(成人、小児、乳児、新生児を対象)、大出血 時の止血法、傷病者管理法、外傷の手当、搬送法	

(2) 住民に対する応急手当の導入講習である「救命入門コース」の主な普及項目は、胸骨圧迫  
 及び AED の取扱いとする。また、そのカリキュラム、講習時間等については別表 3 のとおりと  
 する。

別表 1 の 2 普通救命講習 II

1 到達目標	1 心肺蘇生法(主に成人を対象)を、救急車が現場到着するのに要する時 間程度できる。 2 自動体外式除細動器(AED)について理解し、正しく使用できる。 3 異物除去法及び大出血時の止血法を理解できる。
2 標準的な実施要領	1 講習については、実習を主体とする。 2 1クラスの受講者数の標準は、30名程度とする。 3 訓練用資機材一式に対して受講者は5名以内とすることが望ましい。 4 指導者1名に対して受講者は10名以内とすることが望ましい。

別表 1 の 3 普通救命講習 III

1 到達目標	1 心肺蘇生法(主に小児、乳児、新生児を対象)を、救急車が現場到着 するのに要する時間程度できる。 2 自動体外式除細動器(AED)について理解し、正しく使用できる 3 異物除去法及び大出血時の止血法を理解できる。
2 標準的な実施要領	1 講習については、実習を主体とする。 2 1クラスの受講者数の標準は、30名程度とする。 3 訓練用資機材一式に対して受講者は5名以内とすることが望ましい。 4 指導者1名に対して受講者は10名以内とすることが望ましい。

資料 2-(2)-⑭ 保育施設の種別及び証明書の交付の有無からみた救急救命講習への参加状況

(単位：施設、%)

区分		認可保育施設					認可外保育施設	その他の認可外保育施設			合計				
		保育所	幼保連携型認定こども園	小規模保育施設	事業所内保育施設	ベビーホテル		証明書有り	証明書無し	証明書無し					
救急救命講習への参加状況	①心肺蘇生法の 実技講習	参加	63 (82.9)	41 (91.1)	4 (66.7)	16 (72.7)	2 (66.7)	34 (59.6)	13 (61.9)	8 (88.9)	5 (41.7)	21 (58.3)	13 (61.9)	8 (53.3)	97 (72.9)
		不参加	8 (10.5)	0 (0)	2 (33.3)	5 (22.7)	1 (33.3)	12 (21.1)	2 (9.5)	1 (11.1)	1 (8.3)	10 (27.8)	6 (28.6)	4 (26.7)	20 (15.0)
		不明	5 (6.6)	4 (8.9)	0 (0)	1 (4.5)	0 (0)	11 (19.3)	6 (28.6)	0 (0)	6 (50.0)	5 (13.9)	2 (9.5)	3 (20.0)	16 (12.0)
		小計	76 (100)	45 (100)	6 (100)	22 (100)	3 (100)	57 (100)	21 (100)	9 (100)	12 (100)	36 (100)	21 (100)	15 (100)	133 (100)
	②気道内異物除去の 実技講習	参加	39 (51.3)	29 (64.4)	2 (33.3)	7 (31.8)	1 (33.3)	24 (42.1)	8 (38.1)	6 (66.7)	2 (16.7)	16 (44.4)	10 (47.6)	6 (40.0)	63 (47.4)
		不参加	30 (39.5)	12 (26.7)	4 (66.7)	12 (54.5)	2 (66.7)	21 (36.8)	6 (28.6)	3 (33.3)	3 (25.0)	15 (41.7)	9 (42.9)	6 (40.0)	51 (38.3)
		不明	7 (9.2)	4 (8.9)	0 (0)	3 (13.6)	0 (0)	12 (21.1)	7 (33.3)	0 (0)	7 (58.3)	5 (13.9)	2 (9.5)	3 (20.0)	19 (14.3)
		小計	76 (100)	45 (100)	6 (100)	22 (100)	3 (100)	57 (100)	21 (100)	9 (100)	12 (100)	36 (100)	21 (100)	15 (100)	133 (100)
	③AEDの使用 方法に関する実 技講習	参加	61 (80.3)	39 (86.7)	4 (66.7)	17 (77.3)	1 (33.3)	33 (57.9)	13 (61.9)	8 (88.9)	5 (41.7)	20 (55.6)	13 (61.9)	7 (46.7)	94 (70.7)
		不参加	10 (13.2)	2 (4.4)	2 (33.3)	4 (18.2)	2 (66.7)	14 (24.6)	2 (9.5)	1 (11.1)	1 (8.3)	12 (33.3)	7 (33.3)	5 (33.3)	24 (18.0)
		不明	5 (6.6)	4 (8.9)	0 (0)	1 (4.5)	0 (0)	10 (17.5)	6 (28.6)	0 (0)	6 (50.0)	4 (11.1)	1 (4.8)	3 (20.0)	15 (11.3)
		小計	76 (100)	45 (100)	6 (100)	22 (100)	3 (100)	57 (100)	21 (100)	9 (100)	12 (100)	36 (100)	21 (100)	15 (100)	133 (100)
	④施設内でのエ ピペンの使用方 法に関する実技 講習	参加	23 (31.1)	19 (42.2)	2 (33.3)	1 (5.0)	1 (33.3)	10 (18.9)	2 (9.5)	1 (11.1)	1 (8.3)	8 (25.0)	7 (35.0)	1 (8.3)	33 (26.0)
		不参加	45 (60.8)	22 (48.9)	4 (66.7)	17 (85.0)	2 (66.7)	34 (64.2)	13 (61.9)	8 (88.9)	5 (41.7)	21 (65.6)	12 (60.0)	9 (75.0)	79 (62.2)
		不明	6 (8.1)	4 (8.9)	0 (0)	2 (10.0)	0 (0)	9 (17.0)	6 (28.6)	0 (0)	6 (50.0)	3 (9.4)	1 (5.0)	2 (16.7)	15 (11.8)
		小計	74 (100)	45 (100)	6 (100)	20 (100)	3 (100)	53 (100)	21 (100)	9 (100)	12 (100)	32 (100)	20 (100)	12 (100)	127 (100)
	⑤外部でのエ ピペンの使用方 法に関する実技 講習	参加	31 (60.8)	18 (69.2)	3 (75.0)	8 (42.1)	2 (100)	14 (32.6)	6 (31.6)	6 (75.0)	0 (0)	8 (33.3)	7 (53.8)	1 (9.1)	45 (47.9)
		不参加	14 (27.5)	4 (15.4)	1 (25.0)	9 (47.4)	0 (0)	20 (46.5)	7 (36.8)	2 (25.0)	5 (45.5)	13 (54.2)	5 (38.5)	8 (72.7)	34 (36.2)
		不明	6 (11.8)	4 (15.4)	0 (0)	2 (10.5)	0 (0)	9 (20.9)	6 (31.6)	0 (0)	6 (54.5)	3 (12.5)	1 (7.7)	2 (18.2)	15 (16.0)
		小計	51 (100)	26 (100)	4 (100)	19 (100)	2 (100)	43 (100)	19 (100)	8 (100)	11 (100)	24 (100)	13 (100)	11 (100)	94 (100)
合計 (延べ)	参加	217 (61.5)	146 (70.9)	15 (53.6)	49 (46.7)	7 (50.0)	115 (43.1)	42 (40.8)	29 (65.9)	13 (22.0)	73 (44.5)	50 (52.1)	23 (33.8)	332 (53.5)	
	不参加	107 (30.3)	40 (19.4)	13 (46.4)	47 (44.8)	7 (50.0)	101 (37.8)	30 (29.1)	15 (34.1)	15 (25.4)	71 (43.3)	39 (40.6)	32 (47.1)	208 (33.5)	
	不明	29 (8.2)	20 (9.7)	0 (0)	9 (8.6)	0 (0)	51 (19.1)	31 (30.1)	0 (0)	31 (52.5)	20 (12.2)	7 (7.3)	13 (19.1)	80 (12.9)	
	合計	353 (100)	206 (100)	28 (100)	105 (100)	14 (100)	267 (100)	103 (100)	44 (100)	59 (100)	164 (100)	96 (100)	68 (100)	620 (100)	

(注) 1 当省の調査結果による。

2 平成26年度から28年度までの3年間でいずれかの年度又は全年度で救急救命講習に少なくとも一人以上の保育従事者等が参加していた保育施設を「参加」欄に、当該3年間で救急救命講習に参加した保育従事者等が一人もいなかった保育施設を「不参加」欄に計上している。

3 調査対象149保育施設の中には、平成26年度から29年度までの間に開業している保育施設や、エピペンを保有している乳幼児を預からない方針としている保育施設があり、これらを本調査の対象から除外しているため、「合計」欄及び「不明」欄の計が149にならない。

4 資料中の構成比は、小数第2位を四捨五入しているため、合計が100にならないものもある。

資料 2-(2)-㉔ 監査時の最低限の確認事項となる各種通知における救急救命講習への参加状況及び消防訓練の実施状況に係る記載状況

区分	認可保育施設等		認可外保育施設
	保育所	幼保連携型認定こども園	
	「児童福祉行政指導監査実施要綱」	「幼保連携型認定こども園監査通知」	・ 「認可外保育施設指導監督基準」 ・ 「評価基準」 (証明書交付要領の別表)
救急救命講習への参加状況	(児童福祉施設事項) 第 1_1_[保育所] (3) エ 職員及び保育所の課題を踏まえた研修が計画的に実施されているか。  (5) 事故発生の防止のための指針の整備等、事故発生の防止及び発生時の対応に関する措置を講じているか。	3(3) 健康・安全・給食に関する事項 学校保健安全法 (昭和 33 年法律第 56 号) その他の関係法令の規定に照らし、主として以下の状況を確認すること。 ② 事故防止・安全対策に関する取組状況 ( (略) 学校安全 ( (略) 職員の研修等) に関する計画及び危険等発生時対処要領の作成・周知、これらに基づく訓練の実施並びに地域の関係機関との連携等) (※「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について」 (平成 28 年 3 月 31 日) を踏まえて行うことが望ましい。)	< 「認可外保育施設指導監督基準」 > 第 5(2) 保育従事者の保育姿勢等 イ 保育所保育指針を理解する機会を設ける等、保育従事者の人間性及び専門性の向上に努めること。 [考え方] ○ 都道府県等が実施する施設長 (児童福祉法第 6 条の 3 第 11 項に規定する業務を目的とする施設については、事業所長とする。) や保育従事者に対する研修等への参加が望ましいこと。
消防訓練の実施状況	(社会福祉施設共通事項) 第 2_3 ウ 消火訓練及び避難訓練は、消防機関に消防計画を届出の上、それぞれの施設ごとに定められた回数以上適切に実施され、そのうち 1 回は夜間訓練又は夜間を想定した訓練が実施されているか。	3(3) 健康・安全・給食に関する事項 学校保健安全法 (昭和 33 年法律第 56 号) その他の関係法令の規定に照らし、主として以下の状況を確認すること。 ② 事故防止・安全対策に関する取組状況 ( (略) 学校安全 ( (略) 職員の研修等) に関する計画及び危険等発生時対処要領の作成・周知、これらに基づく訓練の実施並びに地域の関係機関との連携等) (※「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について」 (平成 28 年 3 月 31 日) を踏まえて行うことが望ましい。)	< 「認可外保育施設指導監督基準」 > 第 3(2) 非常災害に対する具体的計画を立て、これに対する定期的な訓練を実施すること。  < 「評価基準」 >< 「評価基準」 > 3 非常災害に対する措置 (2) b 避難消火等の訓練の毎月 1 回以上の実施 (a) 訓練は毎月定期的に行われているか。

(注) 1 監査時の最低限の確認事項となる各種通知に基づき、当省が作成した。

2 下線は当省が付した。

3 小規模保育事業を行う者に対する監査については、「児童福祉法に基づく家庭的保育事業等の指導監査について (通知)」に基づき、「児童福祉行政指導監査の実施について (通知)」を参考に行うこととされている。

資料 2-(2)-㉔ 保育所及び地域型保育施設における消火及び避難訓練の実施状況

(単位：施設、%)

区分			保育所	小規模保育施設	事業所内保育施設	合計
保育所及び地域型保育施設における消火及び避難訓練の実施状況	①毎月1回の消火訓練	実施	26 (55.3)	9 (30.0)	2 (66.7)	37 (46.3)
		未実施	17 (36.2)	20 (66.7)	1 (33.3)	38 (47.5)
		不明	4 (8.5)	1 (3.3)	0 (0)	5 (6.3)
		小計	47 (100)	30 (100)	3 (100)	80 (100)
	②毎月1回の避難訓練	実施	42 (89.4)	25 (83.3)	3 (100)	70 (87.5)
		未実施	1 (2.1)	4 (13.3)	0 (0)	5 (6.3)
		不明	4 (8.5)	1 (3.3)	0 (0)	5 (6.3)
		小計	47 (100)	30 (100)	3 (100)	80 (100)
	合計 (延べ)	実施	68 (72.3)	34 (56.7)	5 (83.3)	107 (66.9)
		未実施	18 (19.1)	24 (40.0)	1 (16.7)	43 (26.9)
		不明	8 (8.5)	2 (3.3)	0 (0)	10 (6.3)
		合計	94 (100)	60 (100)	6 (100)	160 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査対象149保育施設のうち、平成29年度に開業した1施設、認定こども園及び認可外保育施設68施設の計69施設を除いた80施設の状況を整理した。

3 資料中の構成比は、小数第2位を四捨五入しているため、合計が100にならないものもある。

資料 2-(2)-㉗ 収容人員 30 人以上の保育施設における通報訓練の実施状況

(単位：施設、%)

区分		認可保育施設					認可外保育施設					その他の認可		合計
		保育所	幼保連携型認定こども園	小規模保育施設	事業所内保育施設	ベビーホテル	証明書有り	証明書無し	外保育施設	証明書有り	証明書無し			
収容人員30人以上の保育施設における通報訓練の実施状況	実施	50 (84.7)	39 (92.9)	4 (66.7)	6 (60.0)	1 (100)	15 (53.6)	4 (44.4)	3 (50.0)	1 (33.3)	11 (57.9)	9 (75.0)	2 (28.6)	65 (74.7)
	未実施	9 (15.3)	3 (7.1)	2 (33.3)	4 (40.0)	0 (0)	13 (46.4)	5 (55.6)	3 (50.0)	2 (66.7)	8 (42.1)	3 (25.0)	5 (71.4)	22 (25.3)
	小計	59 (100)	42 (100)	6 (100)	10 (100)	1 (100)	28 (100)	9 (100)	6 (100)	3 (100)	19 (100)	12 (100)	7 (100)	87 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査対象149保育施設のうち、i) 平成29年度に開業した1施設、ii) 収容人員30人未満の48施設、iii) 当省の調査では収容人員を把握することができなかった13施設の計62施設を除いた87施設の状況を整理した。

3 資料中の構成比は、小数第2位を四捨五入しているため、合計が100にならないものもある。

資料 2-(2)-㉘ 収容人員 30 人以上の幼保連携型認定こども園及び認可外保育施設における消火及び避難訓練の実施状況

(単位：施設、%)

区分		幼保連携型認定こども園	認可外保育施設				その他の認可		合計	
			ベビーホテル	証明書有り	証明書無し	外保育施設	証明書有り	証明書無し		
①収容人員30人以上の幼保連携型認定こども園及び認可外保育施設における年2回以上の消火訓練の実施状況	実施	6 (100)	23 (82.1)	9 (100)	6 (100)	3 (100)	14 (73.7)	9 (75.0)	5 (71.4)	29 (85.3)
	未実施	0 (0)	5 (17.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (26.3)	3 (25.0)	2 (28.6)	5 (14.7)
	小計	6 (100)	28 (100)	9 (100)	6 (100)	3 (100)	19 (100)	12 (100)	7 (100)	34 (100)
②収容人員30人以上の幼保連携型認定こども園及び認可外保育施設における年2回以上の避難訓練の実施状況	実施	6 (100)	28 (100)	9 (100)	6 (100)	3 (100)	19 (100)	12 (100)	7 (100)	34 (100)
	未実施	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	小計	6 (100)	28 (100)	9 (100)	6 (100)	3 (100)	19 (100)	12 (100)	7 (100)	34 (100)
合計 (延べ)	実施	12 (100)	51 (91.1)	18 (100)	12 (100)	6 (100)	33 (86.8)	21 (87.5)	12 (85.7)	63 (92.6)
	未実施	0 (0)	5 (8.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (13.2)	3 (12.5)	2 (14.3)	5 (7.4)
	合計	12 (100)	56 (100)	18 (100)	12 (100)	6 (100)	38 (100)	24 (100)	14 (100)	68 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査対象149保育施設のうち、i) 平成29年度に開業した1施設、ii) 別途法令で毎月1回の消火訓練を実施することとされている保育所及び地域型保育施設80施設（29年度に開業した1施設を除く。）、iii) 収容人員30人未満の26施設（別途法令で毎月1回の消火訓練を実施することとされている保育所及び地域型保育施設を除く。）、iv) 当省の調査では収容人員を把握することができなかった8施設の計115施設を除いた34施設の状況を整理した。

3 資料中の構成比は、小数第2位を四捨五入しているため、合計が100にならないものもある。

資料3-① 保育施設等における事故の発生又はその再発を防止するための措置に関する関連法令等

○ 特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の運営に関する基準（平成26年内閣府令第39号）

<抜粋>

（事故発生の防止及び発生時の対応）

第32条 特定教育・保育施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
  - 二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
  - 三 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
- 2 特定教育・保育施設は、支給認定子どもに対する特定教育・保育の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該支給認定子どもの家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- 3 特定教育・保育施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- 4 特定教育・保育施設は、支給認定子どもに対する特定教育・保育の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

（準用）

第50条 第8条から第14条まで（第10条及び第13条を除く。）、第17条から第19条まで及び第23条から第33条までの規定は、特定地域型保育事業について準用する。この場合において、第14条第1項中「施設型給付費（法第28条第1項に規定する特例施設型給付費を含む。以下この項において同じ。）」とあるのは「地域型保育給付費（法第30条第1項に規定する特例地域型保育給付費を含む。以下この項において同じ。）」と読み替えるものとする。

○ 児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）<抜粋>

第49条の7の2 法第59条の2第1項に規定する施設の設置者は、当該施設におけるサービスの提供による事故の発生又はその再発の防止に努めるとともに、事故が発生した場合は、速やかに当該事実を都道府県知事に報告しなければならない。

2 都道府県知事は、前項の規定による報告があったときは、その内容を当該施設の所在地の市町村長に通知するものとする。

（注）下線は当省が付した。

資料3-② 「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日付け府政共生96号、26初幼教第30号、雇児保発0216第1号内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付参事官（少子化対策担当）、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連名通知）〈抜粋〉

1. 報告の対象となる施設・事業の範囲

- ・特定教育・保育施設（認定こども園、幼稚園及び保育所）
- ・特定地域型保育事業（小規模保育事業、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業及び事業所内保育事業）
- ・地域子ども・子育て支援事業（一時預かり事業、延長保育事業及び病児保育事業に限る。以下同じ。）
- ・認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業

2. 報告の対象となる重大事故の範囲

- ・死亡事故
- ・治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等（意識不明（人工呼吸器を付ける、ICUに入る等）の事故を含み、意識不明の事故についてはその後の経過にかかわらず、事案が生じた時点で報告すること。）

※特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の運営に関する基準（平成26年内閣府令第39号）により、事故が発生した場合には速やかに市町村、子どもの家族等に連絡を行う必要があることに留意すること。

3. 報告様式

（略）

4. 報告期限

国への第1報は原則事故発生当日（遅くとも事故発生翌日）、第2報は原則1か月以内程度とし、状況の変化や必要に応じて、追加の報告を行うこと。また、事故発生 の 要 因 分 析 や 検 証 等 の 結 果 に つ い て は、 でき次第報告すること。

5. 報告のルート

○特定教育・保育施設、特定地域型保育事業者及び地域子ども・子育て支援事業

施設又は事業者から市町村（指定都市及び中核市を含む。以下同じ。）へ報告を行い、市町村は都道府県へ報告することとし、都道府県は国へ報告を行うこととする。

○認可外保育施設、認可外の居宅訪問型保育事業

施設又は事業者から都道府県（指定都市及び中核市の区域内に所在する施設又は事業者については、当該指定都市又は中核市。）へ報告することとし、都道府県は国へ報告を行うこととする。

※（略）

6. 国の報告先

○特定教育・保育施設等について

- ・特定教育・保育施設（幼保連携型認定こども園）については内閣府
- ・特定教育・保育施設（幼稚園型認定こども園及び幼稚園）については文部科学省
- ・特定教育・保育施設（保育所型認定こども園、地方裁量型認定こども園及び保育所）、特定地域型保育事業（小規模保育事業、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業及び事業所内保育事業）並びに認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業については厚生労働省へ報告を行うこと。

○地域子ども・子育て支援事業について

- ・幼保連携型認定こども園で実施する場合には内閣府
- ・幼稚園型認定こども園、幼稚園で実施する場合には文部科学省
- ・それ以外の場合については厚生労働省

7. 公表等

都道府県・市町村は、報告のあった事故について事案に応じて公表を行うとともに、防げなかった要因や再発防止策等について、管内の施設・事業者等へ情報提供すること。また、再発防止策についての好事例は内閣府、文部科学省又は厚生労働省へそれぞれ情報提供すること。

なお、6により報告いただいた情報については、全体として内閣府において集約の上、事故の再発防止に資すると認められる情報について、公表するものとする。

【別添】 (略)

(注) 下線は当省が付した。

資料3-③ 「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」(平成13年3月29日付け雇児発第177号、最終改正平成28年6月20日雇児発0620第27号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)の別添「認可外保育施設指導監督基準」<抜粋>

第7 健康管理・安全確保

(1)～(7) (略)

(8) 安全確保

ア～ウ (略)

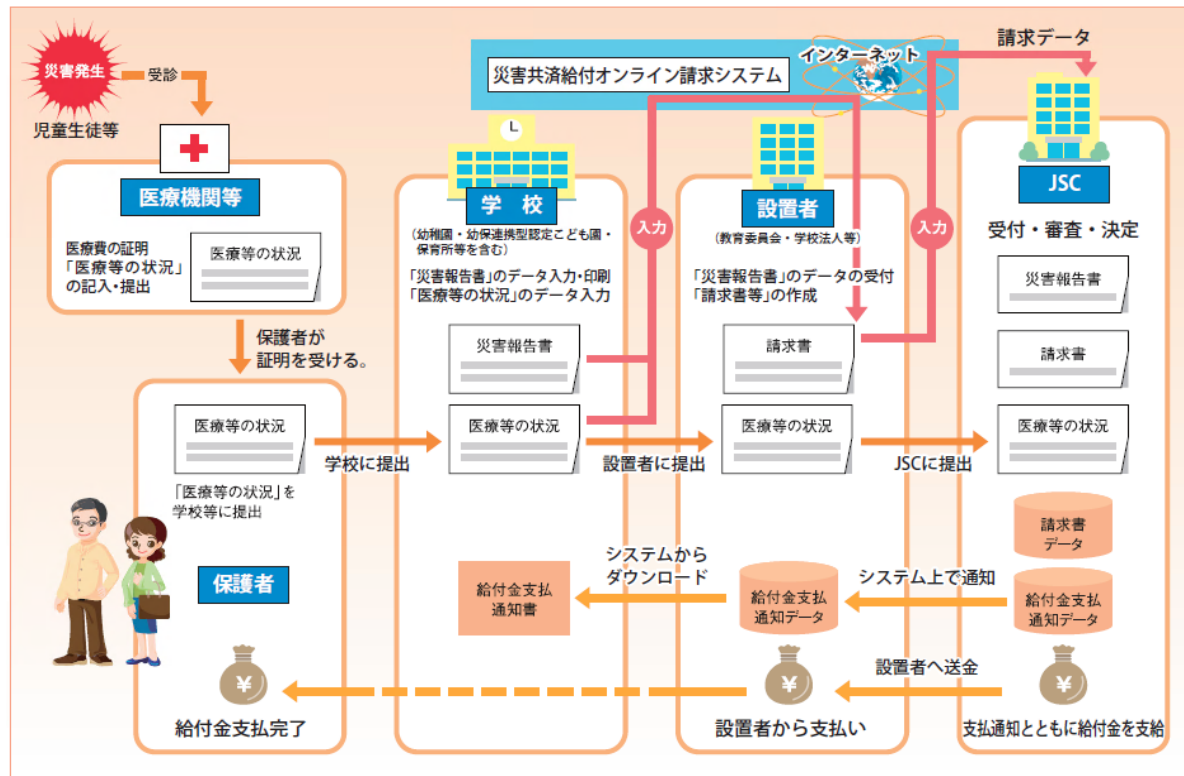
エ 賠償責任保険に加入するなど、保育中の方が一の事故に備えること。

オ (略)



資料 3-④ 災害共済給付制度概要

○ 給付の流れ



○ 給付の対象となる災害の範囲と給付金額

災害の種類	災害の範囲	給付金額
負傷	その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のもの	医療費
疾病	その原因である事由が学校の管理下で生じたもので、療養に要する費用の額が5,000円以上のもののうち、文部科学省令で定めているもの <ul style="list-style-type: none"> <li>● 学校給食等による中毒</li> <li>● 異物の嚥下又は迷入による疾病</li> <li>● ガス等による中毒</li> <li>● 漆等による皮膚炎</li> <li>● 熱中症</li> <li>● 外部衝撃等による疾病</li> <li>● 溺水</li> <li>● 負傷による疾病</li> </ul>	● 医療保険並の療養に要する費用の額の4/10（そのうち1/10の分は、療養に伴って要する費用として加算される分）。ただし、高額療養費の対象となる場合は、自己負担額（所得区分により限度額が異なる。）に療養に要する費用の額の1/10を加算した額  ● 入院時食事療養費の標準負担額がある場合はその額を加算した額
障害	学校の管理下の負傷及び上欄の疾病が治った後に残った障害（その程度により第1級から第14級に区分される。）	障害見舞金3,770万円～82万円 (通学(園)中の災害の場合1,885万円～41万円)
死亡	学校の管理下において発生した事件に起因する死亡及び上欄の疾病に直接起因する死亡	死亡見舞金2,800万円（通学(園)中の災害の場合1,400万円)
	突然死 運動などの行為に起因する突然死	死亡見舞金2,800万円（通学(園)中の災害の場合1,400万円)
	突然死 運動などの行為と関連のない突然死	死亡見舞金1,400万円（通学(園)中の災害の場合も同様）

上表のほか、災害共済給付の附帯業務として、次の事業を行っています。

- ▶ 供花料の支給…学校の管理下における死亡で、損害賠償を受けたこと等により死亡見舞金が支給されないものに対し、供花料として17万円を支給します。
- ▶ 通院費の支給…へき地にある学校(義務教育諸学校)の管理下における児童生徒の災害に対し、通院日数に応じ、1日当たり定額1,000円の通院費を支給します。
- ▶ 東日本大震災特別弔慰金の支給  
…東日本大震災に起因する学校の管理下における死亡に対し、特別弔慰金として500万円を支給します(東日本大震災に起因する災害については、災害共済給付制度に基づく給付は行いません。)

(注)「平成29年度学校安全・災害共済給付ガイド」(JSC)による。

資料3-⑤ 災害報告書（幼稚園、幼保連携型認定こども園又は保育所等用）（様式）

別紙1（2）

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。（幼稚園・幼保連携型認定こども園・保育所等用）

設置者名		災 害 報 告 書				※受付番号
被 災 幼 児 等	氏名	年 齢	歳	男 女	保 護 者 等 (受給者)	氏 名
		生 年 月 日	年 月 日 生			
災 害 発 生 の 場 所	園 舎 内	教室(保育室)、体育館・屋内運動場、講堂、遊戯室、廊下、昇降口、階段、ベランダ、屋上、便所、その他（ ）				
	園 舎 外	運動場・園庭、体育・遊戯施設、プール、排水溝、手・足洗場、水飲場、その他（ ）				
	園 外	体育・遊戯施設の場合その種類 鉄棒、ぶらんこ、シーソー、回旋塔、すべり台、ジャングルジム、雲てい 登り棒、遊動円木、固定タイヤ、砂場、その他（ ）				
	園 外	道路、遊園地、運動場、山、林野、海、湖、河川、その他（ ）				
災 害 発 生 の 場 合	1 保育を受けている場合			2 寄宿舍にあるとき		
	3 通常の経路方法により通園する場合及びこれに準ずる場合			登園中、降園中、 その他（ ）		徒歩、バス、鉄道、 その他（ ）
災 害 発 生 の 日 時	平成 年 月 日（ 曜 ） 午 前 後 時 分					応急処置や医療機関への移送など災害発生に対して幼稚園、幼保連携型認定こども園、保育所等との措置状況
災 害 発 生 の 状 況 (具体的 に詳記 してく ださい)						
そ の 他 参 考 と な る 事 項						
上記のことは事実と相違のないことを証明します。						
幼稚園、幼保連携型認定こども園、保育所等名及び所在地 平成 年 月 日 園長(所長)氏名 印						
※決 定						

- (注) 1 この災害報告書は、幼稚園（特別支援学校の幼稚部を含む。）、幼保連携型認定こども園又は保育所等の幼児等の災害の場合に使用すること。
- 2 この災害報告書は、第1回目の医療費の請求を行うとき、医療等の状況（訪問看護、治療用器具若しくは生血又は調剤を要した場合は更に訪問看護明細書、治療用器具・生血明細書又は調剤報酬明細書を添付する。）とともに1件ごとに上部をつづり込み、医療費支払請求書に添付すること。
- 3 ※印は、記入しないこと。
- 4 この報告書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。

(注) J S C の ウェブ ページ に 掲 載 さ れ た 資 料 に よ る。

資料3-⑥ 医療等の状況 (様式)

別紙3(1) 学校(保育所等)記入欄

医 療 等 の 状 況

平成 年 月 日

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童 生徒等	氏名		男	昭和		年	月	日
			女	平成				
傷病名	(1) (2) (3)							
診療開始日	(1) 平成 年 月 日	診療実日数			転 帰			
	(2) 平成 年 月 日	日			治	死	中	止
	(3) 平成 年 月 日				ゆ	亡		
診療請求 報酬数	外 来 に 係 る 療 養				入 院 に 係 る 療 養			
	十 万	万	千	百	十	一	点	
							点	
							円	
							円	
<p>上記のとおりです。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関所在地及び名称</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								
※ 決 定	外来に係る療養分		10円×		点× $\frac{4}{10}$ =		円	
	入院に係る療養分		10円×		点× $\frac{4}{10}$ =		円	
	入院に係る食事療養標準負担額						円	
	合 計						円	

(注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。

2 病院又は診療所における内科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。

3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。

4 ※印は、記入しないこと。

5 この医療等の状況の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。

**【お願い】** 上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入にご協力ください>(\*該当する項目に○をつけてください。)

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者 学校(園) 設置者 医療機関	(利用している制度がない場合はその他に記入)	その他 { }
	自己負担額	円
	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	

(注) J S Cのウェブページに掲載された資料による。

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

(3) 事故状況の記録

＜施設・事業者＞

事故後速やかに、事故の発生状況を記録する。

- 職員は、その日のうちにできる限り早く事実を記録する。

**参考 記録する際の留意事項**

- ① ボールペンなどの、修正できない筆記用具で、紙に、手書きで記録する。
- ② 一人ひとりが個別に記録する。
- ③ 記録する前や記録している最中には、他の職員と相談しない。
- ④ 書き終わったものを他の職員に見せない。他の職員が書いたものを見ない。書いた内容について話をしない。
- ⑤ 書き終わったものは、施設・事業所による保管の他、地方自治体との情報共有を図る。
- ⑥ 書いた後、本人が「間違った」「書き忘れた」場合には、元の記録用紙を加筆、修正するとともに、地方自治体との情報共有を図る。

- 記録の内容については、後日、地方自治体の職員等が施設・事業者の職員に聞き取りを行い、その上で事実関係を整理するために活用されることが考えられる。

＜地方自治体＞

施設・事業者に対し、事故の記録を適切に行うよう指導する。

- 事故現場にいた施設・事業者の職員一人一人が状況を時系列に記録する等適切に記録できるよう助言・指導をする。
- 施設・事業者の職員の記録や現場確認の結果を取りまとめて事実関係を整理する。（行政職員が原則として事実関係の整理を行うこととし、聞き取りをする場合には、施設・事業者のそれぞれの職員に記憶している事実関係を記載させた後で、聞き取りを行う。）

資料3-⑧ 「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日付け府子本第191号、27文科初第1788号、雇児総発0331第6号、雇児職発0331第1号、雇児福発0331第2号、雇児保発0331第2号内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）、同本部参事官（認定こども園担当）、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、同局職業家庭両立課長、同局家庭福祉課長、同局保育課長連名通知）〈抜粋〉

別紙

地方自治体による教育・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

## 第1 基本的な考え方

1・2 (略)

### 3 検証の対象範囲

死亡事故（注）の検証については、事例ごとに行う。

（注）SIDS（Sudden Infant Death Syndrome：乳幼児突然死症候群）や死因不明とされた事例も、事故発生時の状況等について検証を行う。

なお、死亡事故以外の重大事故として国への報告対象となる事例の中で、都道府県又は市町村において検証が必要と判断した事例（例えば、意識不明等）についても検証を実施する。

（本通知において、地方自治体が検証を行うものを「死亡事故等の重大事故」という。）

都道府県又は市町村が検証を実施する死亡事故等の重大事故以外の事故やいわゆるヒヤリハット事例等については、各施設・事業者等において検証を実施する。

### 4 検証組織及び検証委員の構成

#### （1）検証組織

都道府県又は市町村における死亡事故等の重大事故の検証に当たっては、外部の委員で構成する検証委員会を設置して行う。

#### （2）検証委員の構成

検証組織の委員については、教育・保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある有識者とする。例えば、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等が考えられる。

また、検証委員会における検証に当たっては、必要に応じて関係者の参加を求める。

5・6 (略)

（注）下線は当省が付した。

資料 3-⑨ 監査時の最低限の確認事項となる各種通知における重大事故報告に係る記載状況

認可保育施設等		認可外保育施設
保育所	幼保連携型認定こども園	
「児童福祉行政指導監査実施要綱」	「幼保連携型認定こども園監査通知」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「認可外保育施設指導監督の指針」</li> <li>・ 「認可外保育施設指導監督基準」</li> </ul>
<p>(児童福祉施設事項) 第 1_1_[保育所] (5) 事故発生の防止のための指針の整備等、事故発生の防止及び発生時の対応に関する措置を講じているか。</p>	<p>※ 重大事故の報告に関する事項なし</p>	<p>&lt; 「認可外保育施設指導監督の指針」 &gt; 第 2 通常の指導監督 2 報告徴収 (1) 運営状況報告の対象 全ての認可外保育施設の設置者又は管理者に対して、運営状況の報告を、年 1 回以上、文書により、回答期限を付して求めること。その際、次のような場合にも報告するよう併せて指示すること。 ① 事故等が生じた場合の報告（臨時の報告） 当該施設の管理下において、死亡事案、重傷事故事案、食中毒事案等の重大な事故が生じた場合は、速やかに報告させること。</p> <p>&lt; 「認可外保育施設指導監督基準」 &gt; 第 7(8)安全確保 オ 死亡事故等の重大事故が発生した施設については、当該事故と同様の事故の再発防止策及び事故後の検証結果を踏まえた措置をとること。</p>

(注) 1 監査時の最低限の確認事項となる各種通知に基づき、当省が作成した。

2 小規模保育事業を行う者に対する監査については、「児童福祉法に基づく家庭的保育事業等の指導監査について（通知）」に基づき、「児童福祉行政指導監査の実施について（通知）」を参考に行うこととされている。

資料 3-⑩ 保育施設の種別及び証明書の交付の有無からみた死亡事故以外の重大事故及び重大事故以外の事故の記録状況

(単位：施設、%)

	認可保育施設					認可外保育施設							合計
	保育所	幼保連携 型認定こ ども園	小規模保 育施設	事業所内 保育施設		ベビーホテル			その他の認可外保育施設				
						証明書 有り	証明書 無し		証明書 有り	証明書 無し			
いずれも 記録有り	32 (37.2)	24 (51.1)	4 (66.7)	4 (13.3)	0 (0)	1 (1.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.6)	1 (4.3)	0 (0)	33 (22.3)
いずれか 記録有り	30 (34.9)	16 (34.0)	1 (16.7)	12 (40.0)	1 (33.3)	18 (29.0)	7 (30.4)	3 (33.3)	4 (28.6)	11 (28.2)	8 (34.8)	3 (18.8)	48 (32.4)
いずれも 記録無し	16 (18.6)	2 (4.3)	1 (16.7)	12 (40.0)	1 (33.3)	32 (51.6)	11 (47.8)	6 (66.7)	5 (35.7)	21 (53.8)	11 (47.8)	10 (62.5)	48 (32.4)
不明	8 (9.3)	5 (10.6)	0 (0)	2 (6.7)	1 (33.3)	11 (17.7)	5 (21.7)	0 (0)	5 (35.7)	6 (15.4)	3 (13.0)	3 (18.8)	19 (12.8)
合計	86 (100)	47 (100)	6 (100)	30 (100)	3 (100)	62 (100)	23 (100)	9 (100)	14 (100)	39 (100)	23 (100)	16 (100)	148 (100)

(注) 1 当省の調査結果による。

2 調査対象 149 保育施設のうち、平成 29 年度に開業した 1 施設を除いた 148 施設について、平成 27 年及び 28 年の死亡事故以外の重大事故及び重大事故以外の事故の記録の状況を整理したものである。

3 死亡事故以外の重大事故及び重大事故以外の事故のうち、いずれも記録している場合には「いずれも記録有り」、いずれかを記録している場合には「いずれか記録有り」、いずれも記録していない場合には「いずれも記録無し」に分類している。

4 「施設区分」及び「証明書の交付の有無」は、平成 29 年 4 月 1 日時点である。

5 資料中の構成比は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならないものもある。

資料4-(1)-① 当該保育施設に対する実地監査を事業開始以降一度も実施していなかったことが、「行政による指導体制に関する問題点や課題」として指摘されている死亡事故に係る検証報告書

- 「東京都教育・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検証委員会報告書 事業所内保育施設で午睡時にうつぶせ寝で寝かされた1歳児の死亡事故から私たちが学ぶ、1歳児の保育と低年齢児に対する丁寧な保育の大切さについて」（平成29年3月8日東京都教育・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検証委員会）〈抜粋〉

第三章 本事例から明らかとなった問題点や課題

(3) 行政による指導体制に関する問題点や課題

《認可外保育施設に対する指導体制について》

- 事例のような事業所内保育施設については、厚生労働省通知「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」（平成13年3月29日雇児発第177号）により定められている事業開始の届出が不要となっているが、都では、これらも届出の対象施設に加え、日常的に情報の収集に努め、必要に応じて立入調査を実施する体制を整えてきた。しかし、当該事業所は、事業開始から5年であり、今回の事故発生後の調査が初めての立入調査であった。
- 一方で、同通知によると、届出対象施設に対しては、年1回以上の立入調査を行うことを原則とすることが定められており、平成29年1月現在で、都内には1,676か所の対象となる認可外保育施設（うち認証保育所655か所）が存在しているが、年間2割程度の立入調査に止まっている。
- このような実態を踏まえ、都では12月から巡回指導員の採用を開始したところであり、巡回指導員2名1班の巡回指導チームを編成しながら全ての認可外保育施設に対して、年に1回の巡回指導を行える体制を整える予定であるが、着実に巡回指導体制を充実させるとともに、巡回指導の中で収集した情報の活用方法などについて、今後とも検討を進めていくことが必要である。

(注) 下線は当省が付した。



資料 4-(1)-② 当省が調査した保育施設に対して監査権限を有する地方公共団体において、重大事故発生防止対策等を実施していないことについて指摘できていない主な事例

No.	事例の概要
1	<p>当該地域型保育施設では、睡眠中の乳幼児について、保育士が常に乳幼児を見て、死亡事故につながるおそれがあるひもが巻き付いていないか、窒息するようなことはないかなどに注意を払っているとしているものの、点検表の作成が目的化してしまい、点検表に記入するときだけ乳幼児を見て、記入しないときは乳幼児を見ていないという状況が発生するおそれがあるとの理由から、点検表を用いた呼吸等点検までは実施していない。</p> <p>また、点検表に記入するのが負担との理由から点検表を用いた施設内点検を実施しておらず、食物アレルギー事故に係る誤食防止措置についても講じていない。</p> <p>しかし、当該地域型保育施設に対して監査権限を有する地方公共団体では、当該地域型保育施設に対する監査について、監査担当者の人員を確保することが困難であり、また専門性も不足しているとして、当該地域型保育施設開設後の平成 28 年度の監査では実地監査を実施しておらず、当該地域型保育施設におけるこれらの実態について指摘していない。</p> <p>なお、当該地方公共団体では、現在、監査の着眼点や監査項目を定めたチェックリスト等を作成中であるとしている。</p>
2	<p>当該保育施設では、プール活動・水遊びを行う場合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することについて、監視役を置く意味・効果が乏しいとの理由から実施していない。</p> <p>しかし、公立である当該保育施設に対して監査権限を有する地方公共団体では、公立の保育施設に対する監査について、4 年に 1 回、集合監査を実施することとしているため、平成 27 年度及び 28 年度とも当該保育施設に対する実地監査を実施しておらず、この実態について指摘していない。</p> <p>当該地方公共団体では、このような監査の実施頻度及び実施方法としている理由として、i) 自ら定めた監査の実施要綱上、「施設運営等に特に大きな問題が認められない場合は、3 年または 4 年に 1 回実地または集合等により実施することができる」とされていることに基づき、公立の保育施設は施設運営等に特に大きな問題が認められないと判断していること、ii) 公立の保育施設はこれを設置した団体の責任で適切な運営を確保すべきと考えていることを挙げている。</p>
3	<p>当該地域型保育施設では、毎月 1 回訓練を実施しなければならないことを知らなかったなどの理由から、地域型保育事業最低基準第 7 条第 2 項の規定において、少なくとも毎月 1 回は行わなければならないとされている消火及び避難訓練を実施していない。</p> <p>また、当該地域型保育施設は、平成 26 年度から 28 年度までの 3 年間に気道内異物除去及びエピペンの使用方法に関する実技講習に保育従事者を参加させていない。</p> <p>しかし、当該地域型保育施設に対して監査権限を有する地方公共団体では、当該地域型保育施設に対する監査について、当該地域型保育施設開設後の平成 28 年度の監査では実地監査を実施しておらず、当該地域型保育施設におけるこれらの実態について指摘していない。</p> <p>当該地方公共団体では、平成 27 年度に子育て支援新制度がスタートしたばかりで、監査を実施する余裕がなかったとしており、28 年度に監査の実施について検討を開始することができるようになり、29 年度から監査を実施することとしたとしている。</p> <p>なお、当該地方公共団体では、平成 28 年度に地域の保育サービスに関する情報提供等を行う担当者による巡回指導を年 3 回、特に重大事故防止対策に係る取組に係るチェックに重点を置いて実施したとしており、実地監査を実施していないことによる支障は生じていないとしている。</p>

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「集合監査」とは、当該地方公共団体によれば、当該地方公共団体の監査担当者が公立の保育施設の保育従事者等を集めた上で主に書面による監査を行うものとしている。

資料 4-(1)-③ 年 1 回以上の実地監査を実施できていない地方公共団体における主なその理由

区分	理由
<p>実地監査の重要性についての認識が必ずしも十分でないと考えられるもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ これまでのところ都道府県が監査する認可保育施設等において、児童福祉施設最低基準及び地域型保育事業最低基準を満たしていないような劣悪な保育施設等はなく、乳幼児の安全に関わるようなことは指導されれば直ちに改善がなされているという実績があるので、毎年実地監査に入らなくても大丈夫という信頼感はある。</li> <li>・ 地方裁量型認定こども園については、認定こども園への移行前は認可外保育施設であったものの、当課が実施する監査の対象施設であるという認識が薄かった。</li> </ul>
<p>監査体制上の制約を挙げているもの</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 監査の対象となる保育施設等の数が年々増えていることや、監査体制から、毎年全ての保育施設等に対する実地監査を行うことは困難である。</li> <li>・ 保育所だけでなく、他の児童福祉施設や老人福祉施設等の多数の監査対象施設があり、現在の体制で毎年全ての施設を実地監査することは難しい。</li> <li>・ 最大でも 1 日 1 施設、2 チームしか実地監査を行えず、1 年間に実地監査できる最大数が決まっている一方、それ以上の保育施設等の数があり、年 1 回以上の実地監査は難しいのが現状である。</li> <li>・ 監査対象とする保育施設等の数が多いことから、2 年に 1 回の監査の実施が限界であり、法令どおりの年 1 回の実施は難しい。</li> <li>・ 体制的な制約から、全ての保育施設等に対して監査を実施することは困難である。</li> <li>・ 現在、担当が 3 人と、体制的に毎年実地監査を行うことは困難であるため、都道府県の監査頻度に倣い、2 年に 1 回の実地監査の頻度としている。</li> <li>・ 保育施設等に対する監査のほか、児童扶養手当の支給に関する事務、待機児童対策、児童の貧困に対する取組等を所掌事務としていること及び地域の事情によって効率的な監査が実施できない実態であることから、監査のみに注力できない。</li> <li>・ 限られた体制で、全ての認可外保育施設に対する実地監査を年 1 回以上行うことは困難である。認可外保育施設に対する実地監査については、優先順位を付けて実施したいが、判断基準もないため、実施に苦慮している。</li> </ul>

(注) 当省の調査結果による。

資料4-(1)-④ 厚生労働省が公表している、地方公共団体別の届出対象認可外保育施設に対する実地  
監査の実施率<抜粋>

自治体名	認可外保育施設に対する立入調査の実施状況															
	No.	都道府県 指定都市・ 中核市	ベビーホテル				その他の届出対象施設				(参考値) 事業所内保育施設					
			立入調査				立入調査				立入調査					
			平成28 年3月31 日現在 の施設 数	実施 か所数	実施率	未実施 か所数	未実施 率	平成28 年3月31 日現在 の施設 数	実施 か所数	実施率	未実施 か所数	未実施 率	平成28 年3月31 日現在 の施設 数	実施 か所数	実施率	未実施 か所数
1	北海道	21	13	62%	8	38%	79	27	34%	52	66%	14	5	36%	9	64%
2	青森県	2	2	100%	0	0%	25	13	52%	12	48%	0	0	-	0	-
3	岩手県	3	3	100%	0	0%	24	19	79%	5	21%	11	9	82%	2	18%
4	宮城県	3	3	100%	0	0%	58	58	100%	0	0%	8	8	100%	0	0%
5	秋田県	1	1	100%	0	0%	4	4	100%	0	0%	6	7	117%	-1	-17%
6	山形県	9	9	100%	0	0%	68	46	68%	22	32%	0	0	-	0	-
7	福島県	8	8	100%	0	0%	49	34	69%	15	31%	0	0	-	0	-
8	茨城県	23	21	91%	2	9%	84	74	88%	10	12%	33	13	39%	20	61%
9	栃木県	12	12	100%	0	0%	21	20	95%	1	5%	1	1	100%	0	0%
10	群馬県	8	7	88%	1	13%	20	16	80%	4	20%	0	0	-	0	-
11	埼玉県	32	32	100%	0	0%	156	146	94%	10	6%	83	82	99%	1	1%
12	千葉県	46	46	100%	0	0%	94	94	100%	0	0%	0	0	-	0	-
13	東京都	462	120	26%	342	74%	788	16	2%	772	98%	333	2	1%	331	99%
14	神奈川県	28	26	93%	2	7%	96	60	63%	36	38%	0	0	-	0	-
15	新潟県	2	2	100%	0	0%	7	6	86%	1	14%	0	0	-	0	-
16	富山県	0	0	-	0	-	4	4	100%	0	0%	0	0	-	0	-
17	石川県	0	0	-	0	-	3	3	100%	0	0%	1	1	100%	0	0%
18	福井県	31	31	100%	0	0%	4	4	100%	0	0%	0	0	-	0	-
19	山梨県	7	7	100%	0	0%	21	21	100%	0	0%	0	0	-	0	-
20	長野県	5	5	100%	0	0%	28	27	96%	1	4%	1	1	100%	0	0%
21	岐阜県	8	8	100%	0	0%	18	17	94%	1	6%	3	3	100%	0	0%
22	静岡県	17	17	100%	0	0%	67	55	82%	12	18%	0	0	-	0	-
23	愛知県	20	19	95%	1	5%	129	55	43%	74	57%	0	0	-	0	-
24	三重県	19	17	89%	2	11%	24	21	88%	3	13%	0	0	-	0	-
25	滋賀県	5	5	100%	0	0%	18	18	100%	0	0%	2	2	100%	0	0%
26	京都府	6	6	100%	0	0%	22	22	100%	0	0%	1	1	100%	0	0%
27	大阪府	22	22	100%	0	0%	70	64	91%	6	9%	0	0	-	0	-
28	兵庫県	0	0	-	0	-	97	43	44%	54	56%	1	1	100%	0	0%
29	奈良県	3	3	100%	0	0%	11	11	100%	0	0%	0	0	-	0	-
30	和歌山県	3	3	100%	0	0%	5	5	100%	0	0%	4	4	100%	0	0%
31	鳥取県	1	1	100%	0	0%	17	16	94%	1	6%	0	0	-	0	-
32	島根県	1	1	100%	0	0%	6	6	100%	0	0%	0	0	-	0	-
33	岡山県	1	1	100%	0	0%	10	10	100%	0	0%	1	1	100%	0	0%
34	広島県	5	5	100%	0	0%	31	31	100%	0	0%	8	6	75%	2	25%
35	山口県	10	10	100%	0	0%	31	28	90%	3	10%	4	3	75%	1	25%
36	徳島県	3	3	100%	0	0%	30	29	97%	1	3%	3	3	100%	0	0%
37	香川県	1	1	100%	0	0%	12	12	100%	0	0%	0	0	-	0	-
38	愛媛県	4	4	100%	0	0%	16	15	94%	1	6%	0	0	-	0	-
39	高知県	0	0	-	0	-	4	4	100%	0	0%	2	2	100%	0	0%
40	福岡県	9	9	100%	0	0%	127	92	72%	35	28%	1	1	100%	0	0%
41	佐賀県	4	4	100%	0	0%	23	23	100%	0	0%	2	2	100%	0	0%
42	長崎県	3	3	100%	0	0%	10	10	100%	0	0%	1	1	100%	0	0%
43	熊本県	0	0	-	0	-	30	30	100%	0	0%	0	0	-	0	-
44	大分県	3	3	100%	0	0%	17	13	76%	4	24%	23	6	26%	17	74%
45	宮崎県	2	2	100%	0	0%	28	23	82%	5	18%	2	2	100%	0	0%
46	鹿児島県	9	8	89%	1	11%	44	29	66%	15	34%	1	0	0%	1	100%
47	沖縄県	2	1	50%	1	50%	336	312	93%	24	7%	0	0	-	0	-

(注)「認可外保育施設に対する指導監督の徹底について」(平成29年3月31日付け雇児保発0331第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知)による。

資料 4-(1)-⑤ 国の各種監査通知における改善勧告等に係る記載

- 「児童福祉行政指導監査実施要綱」（「児童福祉行政指導監査の実施について（通知）」（平成 12 年 4 月 25 日付け児発第 471 号厚生省児童家庭局長通知）の別紙）〈抜粋〉

11 指導監査結果の措置

- (4) 指導監査結果の指示及び確認

ア・イ (略)

ウ 指導監査において繰り返し是正措置を採るよう指示したにもかかわらず、なお改善がなされていないものについては、必要に応じて法令等に基づく処分を行うこと。

- 「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律に基づく幼保連携型認定こども園に対する指導監査について（通知）」（平成 27 年 12 月 7 日付け府子本第 373 号、27 文科初第 1136 号、雇児発 1207 第 1 号内閣府子ども・子育て本部統括官、文部科学省初等中等教育局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長連名通知）〈抜粋〉

4. 調査結果に基づく措置

- (1)・(2) (略)

(3) 指導、助言等を行った事項について、適切な是正改善がなされない場合には、必要に応じて、認定こども園法に基づく改善勧告等の措置を講じること。

- 「認可外保育施設指導監督の指針」（「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」（平成 13 年 3 月 29 日付け雇児発第 177 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）の別紙）〈抜粋〉

第 3 問題の有すると認められる場合の指導監督

3 改善勧告

- (1) 改善勧告の対象

改善指導を繰り返し行っているにもかかわらず改善されず、改善の見通しが無い場合には、改善指導に止めずに、児童福祉法第 59 条第 3 項に基づく改善勧告を行うこと。

- (2) 改善指導の手順

① (略)

② 関係機関との調整

改善勧告を行う場合は、必要に応じて、事前に又は事後速やかに、児童相談所、近隣市区町村、近隣児童福祉施設等の関係機関との間で、当該施設が運営を停止した場合に備えた利用児童の受入れ先の確保等について調整を図ること。

③ (略)

- (3) 利用者に対する周知及び公表

(略)

第 4 事業停止命令又は施設閉鎖命令

- (1) 事業停止命令又は施設閉鎖命令の対象

改善勧告を行ったにもかかわらず改善が行われていない場合であって、かつ、改善の見通しがなく児童福祉に著しく有害であると認められるとき、又は、改善指導、改善勧告を行う時間的余裕がなく、かつ、これを放置することが児童福祉に著しく有害であると認められるときは、弁明の機会を付与し、児童福祉審議会の意見を聴き、事業停止又は施設閉鎖を命ずること。（児童福祉法第 59 条第 5 項参照）

- (2) 事業停止命令又は施設閉鎖命令の手順

① 関係機関との調整

事業停止命令又は施設閉鎖命令を行おうとする場合は、必要に応じて、事前に又は事後速やかに、児童相談所、近隣市区町村、近隣児童福祉施設等の関係機関との間で、当該施設が運営を停止した場合に備えた利用児童の受入れ先の確保等について調整を図ること。

②・③ (略)

④ 事業停止命令又は施設閉鎖命令の発令

児童福祉審議会の意見を聴き速やかに判断した上で、文書により事業停止又は施設閉鎖を命ずること。通常は事業停止命令を先ず検討すべきであるが、改善が期待されずに当該施設の運営の継続が児童の福祉を著しく害する蓋然性がある場合は、施設閉鎖命令を発することとする。

(3) 公表  
(略)

(注) 下線は当省が付した。

#### 資料4-(1)-⑥ 改善勧告等を実施する際の留意事項を示した内閣府及び厚生労働省による地方公共団体向けの通知

○ 「子ども・子育て支援新制度における指導監査等の実施について」(平成27年12月7日付け府子本第391号、27初幼教第28号、雇児保発1207第1号内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)、内閣府子ども・子育て本部参事官(認定こども園担当)、文部科学省初等中等教育局幼児教育課長、厚生労働省子ども家庭局保育課長連名通知。最終改正：平成30年3月7日) <抜粋>

2. 指導監査等を行うに当たっての留意事項について

(4) 事業における不正の早期発見の観点から、指導監査の効果的な実施が重要となるため、以下の点に留意しつつ、関係機関の一層の連携の下、指導監査を実施されたい。

①～③ (略)

④ その他

認定や認可の取消しを行うに当たっては、施設を現に利用している全ての子どもの保護者に対する情報提供、代替施設の確保等に努めること。

また、これに至らない改善勧告・改善命令を行うに当たっては、事業の性質に応じて、施設から保護者への説明の実施を求めるなど、適切に対応に努めること。

○ 「平成29年の地方からの提案等に関する対応方針」を踏まえた具体的な留意事項等について(平成30年1月19日付け厚生労働省子ども家庭局保育課事務連絡) <抜粋>

(3) (略)

また、実際に上記①～④の処分を行う場合、以下の点に留意すること。

・ 虐待等のおそれがあるなど至急の対応が必要な場合を除き、改善勧告から改善命令、改善命令から事業停止命令、事業停止命令から認可取消しと、徐々に重い処分を実施していくことが想定されるが、その間、処分を行った保育所等に対するきめ細かい指導監督・意見聴取等を通じて事態の詳細な把握に取り組むこと。

・ 当該保育所等に通所する子どもについて、健全な育成の場が奪われることがないよう、特に事業停止命令や認可取消しが想定されるような場合については、当該子どもの保護者に対して、早い段階から、説明会の実施や、転園先となりうる保育所・事業停止命令や認可取消しの予定日時等を提示するなど、手厚い支援を行うよう努めること。

(注) 1 下線は当省が付した。

2 「平成29年の地方からの提案等に関する対応方針」を踏まえた具体的な留意事項等について」における「上記①～④の処分」とは、改善勧告等を表す。

資料 4-(1)-⑦ 「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】～自治体向け～」（平成 28 年 3 月）〈抜粋〉

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

(3) 指導監査等の実施

① 事故の発生・再発防止に資する指導監査等の実施方法

- 指導監査等の結果の公表については、既に結果を公表している地方自治体の例を参考にし、実情に応じて公表を検討する。

**参考 地方自治体の取組み（指導監査等の結果の公表）**

- ・神奈川県 <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f531074/>
- ・静岡県 [http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-240/chifuku/16shidou\\_kettka.html](http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-240/chifuku/16shidou_kettka.html)
- ・広島県 <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/60/1168921106779.html>
- ・熊本県 [http://www.pref.kumamoto.jp/kiiji\\_3114.html](http://www.pref.kumamoto.jp/kiiji_3114.html)

(注) 下線は当省が付した。

資料 4-(1)-⑧ 「認可外保育施設指導監督の指針」（「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」  
（平成 13 年 3 月 29 日付け雇児発第 177 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）の別  
紙）〈抜粋〉

第 6 情報提供

2 一般への情報提供

地域住民に対して、認可外保育施設を担当する窓口や利用者が相談できる窓口（市町村の利用者支援事業の担当窓口、消費生活センター等）について周知するとともに、認可外保育施設の状況についての情報を提供すること。

管内市区町村に対しても、同様に地域住民への情報提供を求めること。

(留意事項 31) 情報提供に当たっては、以下のことに注意すること。

① (略)

② 情報提供の項目及び方法

インターネットへの掲載や認可外保育施設を担当する窓口での閲覧等により公表事項（施設の名称、所在地、設置者名及び住所、管理者名及び住所、設備の規模・構造、事業開始年月日、開所時間、サービス内容、入所定員、保育従事者数（うち保育士数）、指導監督における指摘事項等）を、同一の項目で同一の形態により提供すること。また、これらの項目の評価方法等を併せて情報提供するよう努めること。なお、施設からの報告をそのまま情報提供するのではなく、立入調査等による事実確認を行った上での情報提供を原則とすること。やむを得ず報告徴収又は立入調査時に無回答又は把握できなかった事項を情報提供する場合は、その旨を記載すること。

また、認可外保育施設が所在する市区町村に対して、地域住民に窓口等で当該認可外保育施設に係る情報提供についての協力を求めることも有効である。

③・④ (略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 4-(2)-① 「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 日付け府子本第 191 号、27 文科初第 1788 号、雇児総発 0331 第 6 号、雇児職発 0331 第 1 号、雇児福発 0331 第 2 号、雇児保発 0331 第 2 号内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)、同本部参事官(認定こども園担当)、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、同局職業家庭両立課長、同局家庭福祉課長、同局保育課長連名通知) <抜粋>

別紙

地方自治体による教育・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

## 第1 基本的な考え方

### 1 目的

検証は、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業、認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業（以下「教育・保育施設等」という。）における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、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。

### 2 実施主体

#### (1) 検証の実施主体

行政による児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に基づく認可権限、子ども・子育て支援法（平成 24 年法律第 65 号）に基づく確認権限等を踏まえ、死亡事故等の重大事故の検証の実施主体については、「認可外保育施設」及び「認可外の居宅訪問型保育事業」における事故に関しては都道府県（指定都市、中核市を含む。）とし、「特定教育・保育施設」、「特定地域型保育事業」、「地域子ども・子育て支援事業」における事故に関しては市町村とする。

#### (2) (略)

### 3 検証の対象範囲

死亡事故（注）の検証については、事例ごとに行う。

（注）SIDS（Sudden Infant Death Syndrome：乳幼児突然死症候群）や死因不明とされた事例も、事故発生時の状況等について検証を行う。

なお、死亡事故以外の重大事故として国への報告対象となる事例の中で、都道府県又は市町村において検証が必要と判断した事例（例えば、意識不明等）についても検証を実施する。（本通知において、地方自治体が検証を行うものを「死亡事故等の重大事故」という。）

都道府県又は市町村が検証を実施する死亡事故等の重大事故以外の事故やいわゆるヒヤリハット事例等については、各施設・事業者等において検証を実施する。

### 4 検証組織及び検証委員の構成

#### (1) 検証組織

都道府県又は市町村における死亡事故等の重大事故の検証に当たっては、外部の委員で構成する検証委員会を設置して行う。

#### (2) 検証委員の構成

検証組織の委員については、教育・保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある有識者とする。例えば、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等が考えられる。

また、検証委員会における検証に当たっては、必要に応じて関係者の参加を求める。

### 5 検証委員会の開催

(1) 死亡事故については、事故発生後速やかに検証委員会を開催する。また、死亡事故以外の重大事故については、年間に複数例発生している地域等、随時開催することが困難な場合、複数例を合わせて検証委員会を開催することも考えられる。

なお、検証については、事故発生の実事把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策

を検討するものであり、関係者の処罰を目的とするものではないことを明確にする。

- (2) 検証を行うに当たって、関係者から事例に関する情報の提供を求めるとともにヒアリング等を行い、情報の収集及び整理を行う。この情報を基に、関係機関ごとのヒアリング、現地調査その他の必要な調査を実施し、事実関係を明らかにするとともに発生原因の分析等を行う。あわせて、調査結果に基づき、事故発生前・発生時の状況や発生後の対応等に係る課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討する。

また、プライバシー保護の観点から、委員会は非公開とすることも考えられる。公開又は非公開の範囲については、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、個別事例ごとに関係者を含めて十分に協議する。関係者へのヒアリングのみ非公開とするなど、「一部非公開」等の取扱いも考えられる。

なお、調査や検証を行う立場にある者に対し、これらの業務に当たって知り得たことについて、業務終了後も含み守秘義務を課すことに留意する

- (3) 検証を行うに当たっては、保護者や子どもの心情に十分配慮しながら行う。

## 6 報告等

- (1) 検証委員会は、検証結果とともに、再発防止のための提言をまとめ、都道府県又は市町村に報告する。

- (2) 都道府県又は市町村は、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、原則として、検証委員会から提出された報告書を公表することとし、国へも報告書を提出する。あわせて、速やかに報告書の提言を踏まえた具体的な措置を講じ、各施設・事業者等に対しても具体的な措置を講じることを求める。また、都道府県又は市町村は、講じた措置及びその実施状況について自ら適時適切に点検・評価し、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても適時適切に点検・評価する。

- (3) 都道府県又は市町村は、検証委員会の報告を踏まえ、必要に応じ、関係機関、関係者に対し指導を行う。

第2 (略)

第3 (略)

(注) 下線は当省が付した。



資料 4-(2)-② 「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」  
(平成 29 年 9 月 11 日付け内閣府子ども・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事務連絡) <抜粋>

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

特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業において、死亡事故等の重大事故が発生した場合には、「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)に基づき、死亡事故等の重大事故の検証を実施していただいているところですが、一部の自治体においては検証が進んでいない状況が見受けられます。

また、「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」においても、検証の周知徹底について指摘があったところです。

つきましては、特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のため、重大事故の発生した自治体におかれましては、

- ・死亡事故については、すべて検証すること。
- ・明らかな病死であっても、発生前、発生時、発生後の一連のプロセスにおける子どもや周囲の状況、時系列の対応などを検証し、検証の結果を重大事故の再発防止に役立てていくことが極めて重要であること。
- ・まだ検証委員会を開いていない自治体においては、早急に検証委員会を開催し、検証を進めること。

について、本通知等を参照しながら検証を実施するよう徹底を図っていただくとともに、管内市町村(特別区を含む。)に周知していただきますようお願いいたします。

(注) 下線は当省が付した。

資料 4-(2)-③ 「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（平成 29 年 12 月 18 日付け内閣府子ども・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事務連絡）＜抜粋＞

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ましては留意願いたい。

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. (略)

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、或いは証言が異なつたりして、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。

(注) 下線は当省が付した。

資料 4-(2)-④ 検証委員会の開催状況

区分		地方公共団体数
検証委員会を開催		9
	「重大事故の事後的な検証について」発出前の死亡事故について開催	3
	「重大事故の事後的な検証について」発出後の死亡事故等について開催	6
	死亡事故について開催	5
	うち死亡事故から4か月以上経過した後開催	3
	意識不明事故について開催	1
検証委員会を常設又は事前設置		7
	常設	1
	事前設置	6
検証委員会未開催		32
	事後的な検証通知発出後に死亡事故が発生しているが未開催	3
	検証の対象となる死亡事故等が発生していないため未開催	28
	施設種別にかかわらず検証委員会の実施主体を管内の市町村としているため未開催	1
合計		48

(注) 1 当省の調査結果による。

2 当省の調査時点（平成29年4月から7月まで）における、調査対象46地方公共団体の検証委員会の実施状況を整理した。

3 「事後的な検証通知発出後に死亡事故が発生しているが未開催」に該当する地方公共団体のうち1団体は、平成30年3月に検証委員会の設置要綱を制定し、同年6月に第1回を開催している。

4 「うち死亡事故から4か月以上経過した後開催」には、当省の調査時点において、第1回の開催には至っていないものの、既に条例を改正し、第1回の開催に向け、委員の選定を行うなど具体の準備を進めていた1団体を含む。

5 管内の保育施設等において、死亡事故が2件発生しており、各事故に係る検証委員会の開催状況が異なる地方公共団体が2団体あるため、合計が調査対象46地方公共団体と一致しない。

資料 4-(3)-① 「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）＜抜粋＞

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等

安全な教育・保育環境を確保するため、子どもの年齢（発達とそれに伴う危険等）、場所（保育室、園庭、トイレ、廊下などにおける危険等）、活動内容（遊具遊びや活動に伴う危険等）に留意し、事故の発生防止に取り組む。特に、以下の①で示すア～オの場面（睡眠中、プール活動・水遊び中、食事中等の場面）については、重大事故が発生しやすいため注意事項を踏まえて対応する。

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

(略)

イ プール活動・水遊び

(略)

ウ 誤嚥（食事中）

(略)

エ 誤嚥（玩具、小物等）

(略)

オ 食物アレルギー

(略)

(注) 下線は当省が付した。

資料4-(3)-② 「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) <食物アレルギーに係る事故情報の共有に係る部分の抜粋>

第5章 アレルギー疾患の共通理解と関係者の役割

1 (略)

2 保護者・保育者・保育所等の役割

学校においては、学校保健としての保健管理や保健教育について、組織的な取組が行われている。保育所においても、「保育所保育指針 第5章4 健康及び安全の実施体制」の中で保育所における健康及び安全の実施体制の整備に努めなければならないとしている。

以下は、学校保健に準じて、組織的な対応ができるようそれぞれの役割を示す。

(1) (略)

(2) (略)

(3) 保育所

- ・保育所全体として組織的に対応する体制をつくる。

保育所内に健康・安全に関する担当者を設置、または保育所内に職員、嘱託医、保護者等を構成員とした委員会を設置する。その中で、アレルギー対策等について共通理解を図る。

- ・アレルギー対策実施状況を日々確認し、事故の有無などと共にアレルギー情報としてまとめる

- ・保育所の日々のアレルギー対策実施情報を正確に捉えておく

アレルギーに関する事故などが発生したときには、保護者、全職員および関係機関などへ知らせる。

- ・地域の保育所、医師会、行政など多くの関連する組織などと連携して対応する。

地域(市町村)として広域で対応しなければならない自園のアレルギー対策の情報提供をする。

(4) (略)

3 行政の役割

保育所におけるアレルギー児への対応は、近年、増加傾向にある。保護者からの要求等も多い中、各保育所による個々の対応を行うのではなく、地域における新しい情報の発信と体制づくりの強化が求められる。今回のこのガイドラインを保育者、保護者、嘱託医(地域)とともに共通理解をし、地域の中で周知・共有できるよう、都道府県・市町村の支援の下に、健康・安全に関する協議会等の立ち上げや定期的な研修、教育の機会を企画する必要がある。また、関係機関との連携により、子どもへのアレルギー対応が速やかに行われるよう調整する。

(注) 下線は当省が付した。

## 給食における食物アレルギー対応に関する連携の流れ

### 文部科学省

- ▶ 対応実施状況の調査、把握、フィードバック
- ▶ 事故及び重大なヒヤリハット等の把握



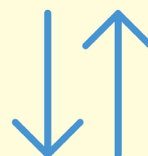
### 都道府県教育委員会

- ▶ ガイドラインに基づいた基本方針の策定と対応の徹底
- ▶ 対応実施状況の調査、把握、フィードバック
- ▶ 事故及びヒヤリハット事例の件数及び重大な事例の把握



### 市区町村教育委員会等

- ▶ 対応実施状況の調査、報告、フィードバック
- ▶ すべての事故及びヒヤリハット事例のまとめ、フィードバック
- ▶ マニュアル作成と問題点の検討



### 学校 (調理場)

- ▶ 対応実施状況の報告
- ▶ すべての事故及びヒヤリハット事例の報告 (随時)
- ▶ マニュアルの問題点などの報告

※市区町村教育委員会等  
都道府県教育委員会 (都道府県立学校)、政令指定都市を含む市区町村教育委員会、国立大学法人、学校法人等の学校設置者を含む

資料 4-(3)-④ 「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) <アナフィラキシーの重症度に係る部分の抜粋>

6 アナフィラキシーが起こったときの対応 (「エピペン®」の使用について)

アナフィラキシー症状は非常に多彩であり、全身のあらゆる症状が出現する可能性がある。しかし、頻度には差があり、皮膚症状が最も多く 90%程度の患者に認められる。以下、粘膜、呼吸器、消化器症状の順で合併しやすい傾向がある。

アナフィラキシーの重症度は、その症状によって大きく 3 段階 (下記グレード分類) に分け、その段階にあわせて対応を考えると良い。

【グレード 1】各症状はいずれも部分的で軽い症状で、慌てる必要はない。症状の進行に注意を払いつつ、安静にして経過を追う。誤食したとき用の処方薬がある場合は内服させる。

【グレード 2】全身性の皮膚および強い粘膜症状に加え、呼吸器症状や消化器症状が増悪してくる。医療機関を受診する必要がある、必要に応じて処方された「エピペン®」があれば、注射することを考慮する。

【グレード 3】強いアナフィラキシー症状といえる。プレショック状態 (ショック状態の一手手前) もしくはショック状態と考え、緊急に医療機関を受診する必要がある。救急の現場に子どもに処方された「エピペン®」があれば速やかに注射する必要がある。

グレード		1	2	3
皮膚症状	赤み・じんま疹	部分的、散在性	全身性	
	かゆみ	軽度のかゆみ	強いかゆみ	
粘膜症状	口唇、目、顔の腫れ	口唇、眼(まぶた)の腫れ	顔全体の腫れ	
	口、喉の違和感	口、喉のかゆみ、違和感	飲み込みづらい	喉や胸が強く締めつけられる、声枯れ
消化器症状	腹痛	弱い腹痛(がまんできる)	明らかな腹痛	強い腹痛(がまんできない)
	嘔吐・下痢	嘔気、単回の嘔吐、下痢	複数回の嘔吐、下痢	繰り返す嘔吐、下痢
呼吸器症状	鼻みず、鼻づまり、くしゃみ	あり		
	咳(せき)	弱く連続しない咳	時々連続する咳、咳込み	強い咳き込み、犬の遠吠え様の咳
	喘鳴、呼吸困難		聴診器で聞こえる弱い喘鳴	明らかな喘鳴、呼吸困難、チアノーゼ
全身症状	血圧低下			あり
	意識状態	やや元気がない	明らかに元気がない、横になりたがる	ぐったり、意識低下~消失、失禁
対応	抗ヒスタミン薬	○	○	○
	ステロイド	△	△	△
	気管支拡張薬吸入	△	△	△
	エピペン	×	△	○
	医療機関受診	△	○(応じて救急車)	◎(救急車)

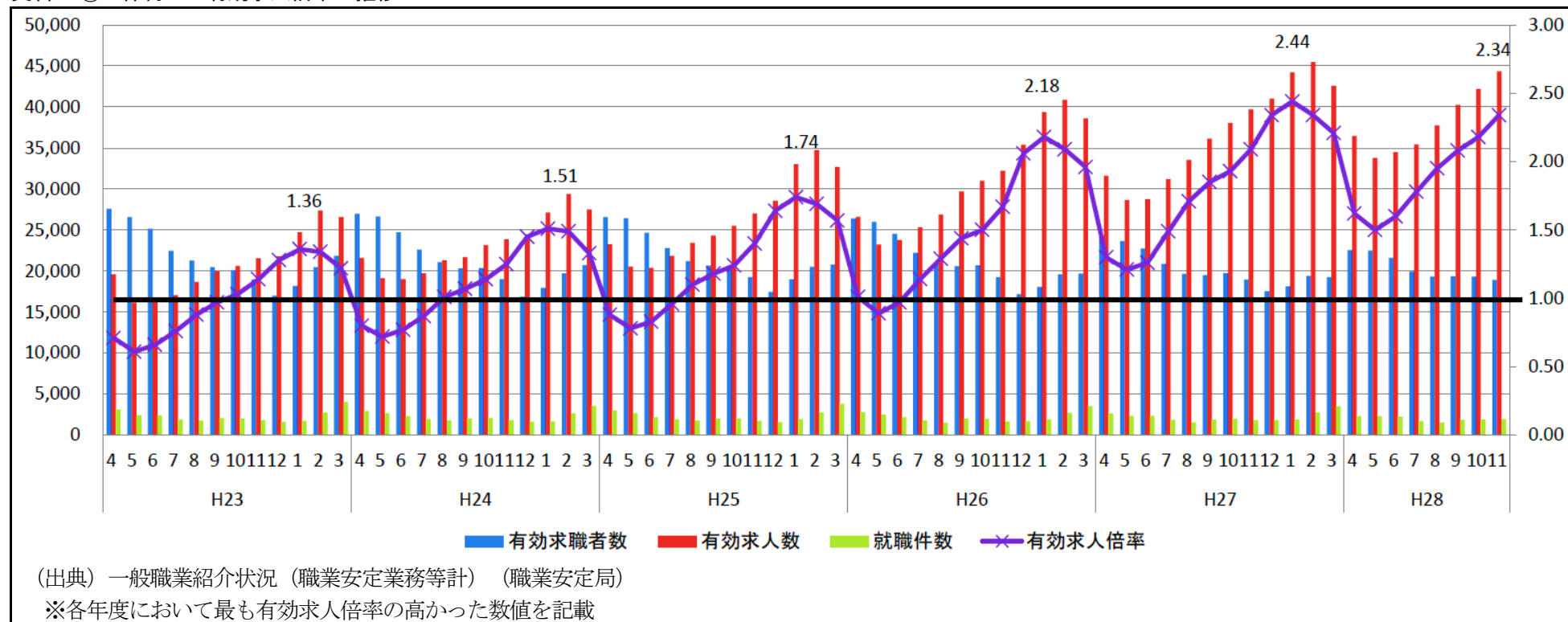
※ 上記対応は基本原則で最小限の方法である。状況に併せて現場で臨機応変に対応することが求められる。

※ 症状は一例であり、その他の症状で判断に迷う場合は中等症以上の対応をおこなう。

(H. Sampson : Pediatrics. 2003;111;1601-8. を独立行政法人国立病院機構相模原病院改変)

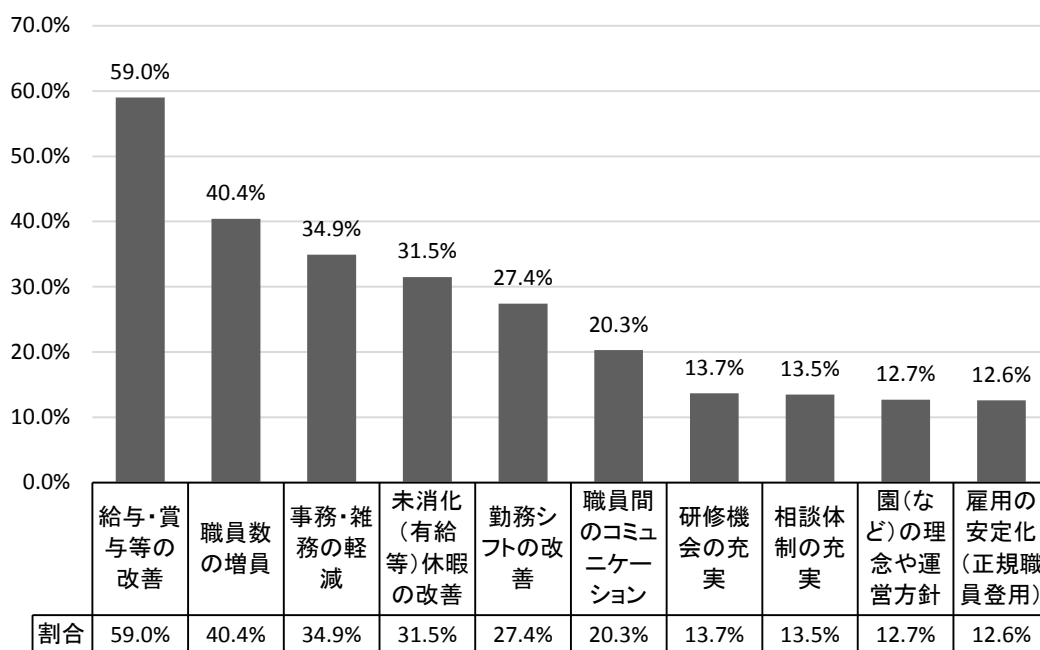


資料 5-① 保育士の有効求人倍率の推移



(注) 厚生労働省の「保育士確保集中取組キャンペーン」を実施します（平成 29 年 1 月 17 日）による。

問 11 職場への改善希望点【就業中保育士】(複数回答)



(注) 1 「東京都保育士実態調査報告書」(平成 26 年 3 月東京都福祉保健局)に基づき、当省が作成した。

2 同調査の概要は以下のとおりである。

①調査対象：平成 20 年 4 月から 25 年 3 月までの、東京都保育士登録者(書換え登録等を含む。)全員 31,550 名

②調査実施期間：平成 25 年 8 月 26 日～9 月 10 日

③回収数：有効回収数 15,369 件(有効回収率 54.7%、宛先不明 3,434 件除く。)

3 有効回収数 15,369 件のうち、現在保育士として就業中であるとした 8,214 件の以下の問いに対する回答(複数回答)について、回答割合の高い 10 項目を整理した。

問 11 現在の職場に対して、日頃あなたが改善してほしいと思っている事柄はありますか。

下記の中から近いものをお選びください。(○はいくつでも)

- 1 事務・雑務の軽減、2 勤務シフトの改善、3 未消化(有給等)休暇の改善、4 給与・賞与等の改善、5 雇用の安定化(正規職員登用)、6 職員数の増員、7 職員間のコミュニケーション、8 権限範囲の拡大、9 責任範囲の縮小、10 評価制度の見直し、11 園(など)の理念や運営方針、12 相談体制の充実、13 研修機会の充実、14 その他、15 特にない

資料 5-③ 「施設型給付費等に係る処遇改善等加算について」(平成 27 年 3 月 31 日付け府政共生第 349 号、26 文科初第 1463 号、雇児発 0331 第 10 号内閣府政策統括官(共生社会政策担当)、文部科学省初等中等教育局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長連名通知) <抜粋>

(目的)

教育・保育の提供に携わる人材の確保及び資質の向上を図り、質の高い教育・保育を安定的に供給していくために、「長く働くことができる」職場を構築する必要がある。その構築のため、職員の平均勤続年数・経験年数や、賃金改善・キャリアアップの取組に応じた人件費の加算を行うもの。

(加算対象)

全ての都道府県及び市町村以外の施設・事業者が運営する特定教育・保育施設(都道府県及び市町村以外の者が設置するものに限る。)及び特定地域型保育事業所の職員を対象とする。

(加算率の認定)

処遇改善等加算(各種加算項目に付随するものを含む。以下同じ。)の加算率の認定は、その施設・事業所を管轄する市町村長が取りまとめた上で都道府県知事が行うこととし、その基準及び事務処理は次によられたいこと。都道府県知事は、施設・事業所ごとに認定した加算率を管轄する市町村長に通知し、通知を受けた市町村は、その内容を施設・事業所の設置者に通知することとする。

(賃金改善要件分等に係る使途)

施設型給付費及び地域型保育給付費は、委託費として支給を受ける私立保育所(都道府県又は市町村以外の者が設置する保育所をいう。以下同じ。)を除き、その使途を制限しないことを基本としているが、賃金改善要件分に係る加算率に基づき支給される処遇改善等加算の額については、上記目的に鑑み、確実に職員(非常勤職員を含み、経営に携わる法人の役員である職員を除く。)の賃金改善に充てるものとする。また、職員 1 人当りの平均勤続年数が上昇することに伴い増加する基礎分に係る加算額については、適切に昇給等に充当すること。

(提出時期)

加算の認定を受けようとする施設・事業者は、都道府県知事の定める日までに、施設・事業所ごとに、必要書類を当該施設・事業所の所在する市町村長に提出するものとする。市町村長は、管轄する施設・事業所の必要書類を取りまとめた上で、都道府県知事の定める日までに、都道府県知事に提出すること。

1 加算率の区分

(1) 当該施設・事業所に対する処遇改善等加算の加算率は、職員 1 人当たり平均勤続年数につき次の「加算率区分表」の左欄の年数の区分に応じ、同表の右欄の基礎分及び賃金改善要件分の値を合計して得た値によるものとする。

ただし、平成 27 年 3 月 31 日以前においてすでに保育所として運営していた施設(平成 26 年度に保育士等処遇改善臨時特例事業による補助を受けた施設に限る。以下同じ。)のうち、平成 26 年度の保育所運営費における民間施設給与等改善費の加算率の区分の算定に当たっての職員 1 人当たり平均勤続年数(以下「平成 26 年度の平均勤続年数」という。)が次の「保育所における経過措置に係る賃金改善要件分率適用表」の①欄に掲げる年数に該当し、かつ、職員 1 人当たりの平均勤続年数が②欄に掲げる年数に該当する施設については、「加算率区分表」に掲げる賃金改善要件分の値に代えて③欄に掲げる値を賃金改善要件分の値とすることができる。なお、加算を受けようとする年度の前年度の賃金改善要件分の値を下回る場合については、前年度の賃金改善要件分の率と同値とすること。また、賃金改善要件分の値が 3%となった年度以降は、本ただし書きの適用は受けないものとする。

## (加算区分表)

職員一人当たりの平均 勤続年数	加算率		
	基礎分	賃金改善要件分	うちキャリアパス要件 分
11年以上	12%	4%	1%
10年以上11年未満	12%	3%	
9年以上10年未満	11%		
8年以上9年未満	10%		
7年以上8年未満	9%		
6年以上7年未満	8%		
5年以上6年未満	7%		
4年以上5年未満	6%		
3年以上4年未満	5%		
2年以上3年未満	4%		
1年以上2年未満	3%		
1年未満	2%		
備考			
1 基礎分は、全ての施設・事業所が対象となる。			
2 賃金改善要件分は、2(1)の賃金改善要件に適合する施設・事業所が対象となる。ただし、2(2)のキャリアパス要件に適合しない施設・事業所については、キャリアパス要件分の区分の値を減じた値とする。			

## (保育所における経過措置に係る賃金改善要件分率適用表)

①平成26年度の 平均勤続年数	②職員1人当たりの 平均勤続年数	③賃金改善要件分
7年以上8年未満	7年以上8年未満	2%
	4年以上6年未満	
	2年未満	
5年以上6年未満	4年以上6年未満	2%
	2年未満	
4年以上5年未満	5年以上6年未満	2%
	4年以上5年未満	1%
	1年以上2年未満	2%
	1年未満	1%
1年以上2年未満	2年未満	2%
1年未満	1年以上2年未満	2%
	1年未満	1%
備考		
本表の適用を受ける保育所に適用される「基礎分」の値については、「加算率区分表」に掲げる賃金改善要件分の値と③欄に掲げる値の差を加えた値とすること。		

(ア)～(エ) (略)

(2) 都道府県知事は、市町村長に支援法による確認を行った施設・事業所の設置者から別紙様式1の「加算率認定申請書」(賃金改善要件分の加算率の適用を受けようとするときは別紙様式2の「賃

金改善計画書」及び別紙様式3の「キャリアパス要件届出書」を添付させること。)を取りまとめさせ、加算率の適用に該当するかどうか及び適用する加算率の値を確認すること。

なお、賃金改善要件分のうちキャリアパス要件分については、別紙様式3の「キャリアパス要件届出書」を都道府県に提出していることをもって要件に適合したものとすること。その際、キャリアパス要件分を含む加算率の適用を受けようとする施設・事業所の設置者が過年度に別紙様式3を提出している場合においてその内容に変更がないときは、その提出を省略させることができる。

## 2 加算の要件

### (1) 賃金改善要件

(ア) 原則として、次に掲げる要件を満たす賃金改善を実施する計画を策定していること。

① 次のいずれかの年度（以下「基準年度」という。）の職員（非常勤職員を含み、経営に携わる法人の役員である職員を除く。以下同じ。）の賃金（退職手当を除く。翌年度以降に採用された新規職員については、基準年度に適用されていた賃金算定のルールを当該新規職員に適用した場合の賃金とし、基準年度に存在しなかった施設・事業所の職員については、当初予定していた就業規則等に基づく賃金で、地域の賃金水準との均衡が図られていると認められるものとする。以下同じ。）に対して改善するものであること。

a) 支援法による確認の効力が発生する年度の前年度

b) 平成27年3月31日以前において既に保育所として運営していた施設については平成24年度

なお、当該改善の起点となる賃金については、公定価格における人件費の改定状況を踏まえた水準とすること。

② (イ)②により算定される賃金改善見込額が(イ)①により算定される加算見込額以上であること。

(イ) 賃金改善の具体的内容について以下の事項を記載した別紙様式2の「賃金改善計画書」を作成し、職員に対して当該計画の内容について周知を行うこと。

#### ① 加算見込額

(算式)

「当該年度における各月初日の利用子ども数（広域利用子ども数を含む。）の見込みをもとに算出した平均利用子ども数」×「処遇改善等加算の単価の合計額」×「賃金改善要件分に係る加算率（%）×100」×「12月（賃金改善実施期間が12月に満たないときは、支援法による確認を受けたときから直近の3月までの月数）」（年齢区分ごとに算出した額を合算し、千円未満の端数は切り捨て）

(略)

② 賃金改善見込額 各施設・事業所において賃金改善実施期間における賃金改善に要する見込額（当該改善に伴う法定福利費等の事業主負担増加額を含む。）の総額

③ 賃金改善を行う給与項目 増額若しくは新設した又はする予定である給与の項目の種類（基本給、手当、賞与又は一時金等）等を記載すること

④ 賃金改善実施期間 4月から翌年3月まで（年度の途中で支援法による確認を受けた施設・事業所については、支援法による確認を受けたときから直近の3月まで）

⑤ 賃金改善を行う方法 賃金改善の実施時期や1人当たりの賃金改善見込額を可能な限り具体的に記載すること

(ウ) (イ)①の平均利用子ども数の算出に当たっての各月初日の利用子ども数の見込みについては、過去の実績等を勘案し、実態に沿ったものとする。

(エ) (イ)①の加算実績額（基準年度の前年度以前に私学助成等を受けていた認定こども園又は幼稚園については、(ア)②の賃金改善見込額とすることが適当と都道府県知事が認める額に準じて都道府県知事が認める額）と(イ)⑤の賃金改善の実施に要した費用の総額を比較して差額が生じた場合については、翌年度において、その全額を一時金等により賃金改善に充てること。

(オ) 年度終了後速やかに、市町村長に対して以下の事項を含んだ別紙様式4の「賃金改善実績報告書」を提出すること。

① 加算実績額

(算式)

「当該年度における処遇改善等加算の総額(実績)」×「賃金改善要件分に係る加算率(%)」  
÷「加算率(%)」(千円未満の端数は切り捨て)

(略)

② 賃金改善実施期間

③ ②の期間における次の事項

- ア 対象となる職員の総数
- イ 賃金改善を実施した職員数
- ウ 職員に支給した賃金総額
- エ 職員一人当たりの賃金月額

④ 実施した賃金改善の方法

⑤ ④の実施に要した費用の総額(賃金改善に伴う法定福利費等の事業主負担増加額を含む。千円未満の端数は切り捨て) 次のアからイを控除した額を賃金改善の実施に要した費用の総額とすること。また、法定福利費等の事業主負担増加額の計算に当たっては各施設・事業所の賃金改善方法等に応じた適切な方法によること。

- ア 賃金改善を行った場合の賃金の総額(法定福利費等の事業主負担額を含む。)
- イ 基準年度における賃金水準を適用した場合の賃金の総額(法定福利費等の事業主負担額を含む。)

⑥ ①の加算実績額と⑤の賃金改善の実施に要した費用の総額の差額(残額が生じた場合に限る。)及び職員への支払い方法

⑦ 職員1人当たりの賃金改善額

(カ) 賃金改善の対象となる職員については、その職種にかかわらず、施設・事業所に勤務する職員(非常勤職員を含む。)とすること。ただし、経営に携わる法人の役員である職員については、賃金改善の対象とはならないこと。

なお、賃金改善を実施する職員の範囲については、各施設・事業所の実情に応じて決定するものとする。

(キ) 賃金改善要件分に係る支給を受けた施設・事業所は、賃金改善に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ当該帳簿及び証拠書類を実績報告後5年間保管しておかなければならないこと。

(ク) 複数の施設・事業所を運営する事業者である場合は、(イ)①及び(オ)①の加算見込・実績額の合計額の範囲で、同一事業者内の複数の施設・事業所間で配分を行うことができること(都道府県又は市町村の圏域を超えて施設・事業所を複数有する場合を含む。)。なお、この場合には、配分調整後のそれぞれの施設・事業所の加算見込・実績額により、賃金改善計画書・実績報告書を作成し、申請することとする。その際、施設・事業所ごとの内訳表を添付すること。

また、申請は施設・事業所単位を原則とするが、同一市町村内に所在する施設・事業所分については、各施設・事業所の内訳を明らかにした上で、一括して申請するなど事務処理の簡素化を適宜図ることは差し支えないものであること。

(ケ) 賃金改善の実施により、当該賃金改善を行う給与の項目以外の給与水準を低下させてはならないこと。ただし、業績に応じて変動することとされている賞与等が当該要因により変動した場合についてはこの限りではない。

(コ) 賃金増加分に対する実際の支払いの時期については、月ごとの支払いのほか一括して支払うことも可能とし、各施設・事業所の実情に応じた方法によるものとする。

(2) キャリアパス要件  
(略)

3 虚偽等の場合の返還措置

都道府県知事は、施設・事業者が虚偽又は不正の手段により(1)及び(2)の要件分に係る支給を受けた場合には、市町村長に対し、既に支給された処遇改善等加算に係る施設型給付費の全部又は一部の返還措置を講じることを命じることとする。

- (注) 1 「処遇改善等加算関係通知等」に基づき、当省が作成した。  
2 下線は当省が付した。

第 4 保育分野に対する競争政策上の考え方

2 競争政策の観点からの検討及び考え方

(3) 情報公開・第三者評価

ア 情報公開

(7) 検討

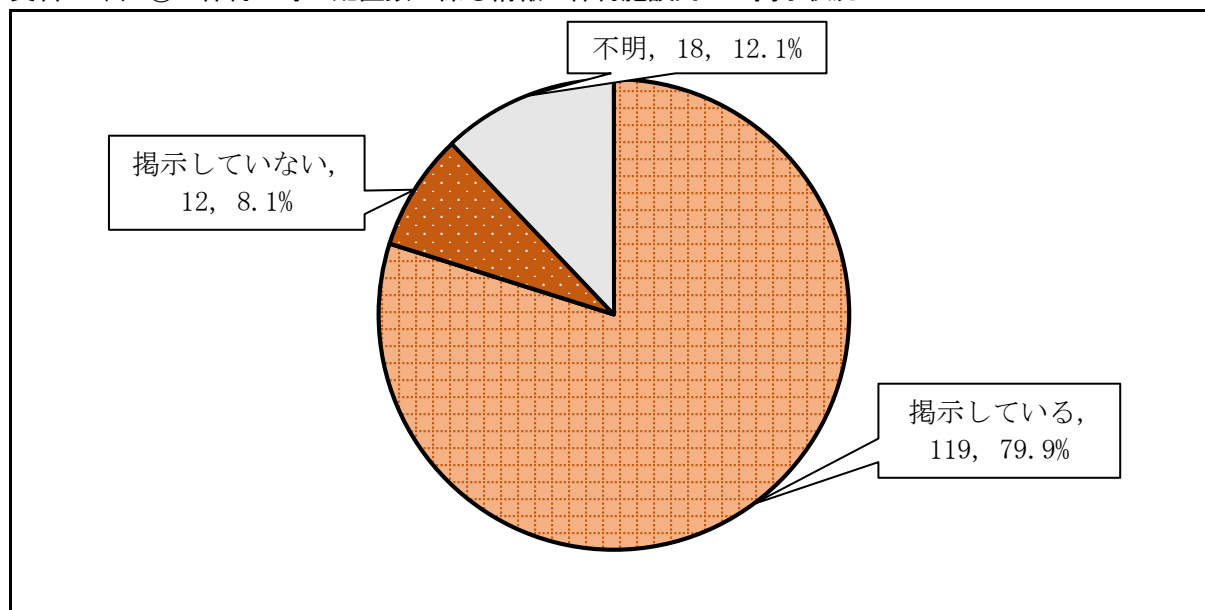
保育所を選択するのは保護者である一方、実際に保育所で保育を受けるのは子供であり、保育所は、選択を行う者とサービスの提供を受ける者が一致しないという特性がある。しかし、子供に対して、保育の内容や質について十分な評価を行うことを期待することは難しい上、保育の実態は外部からは見えにくいため、サービスの利用者からの要望や選択によって、サービスの内容や質を事業者自ら改善する取組が十分に図られることが期待しにくい。また、特に、待機児童が多く発生している地域では、別の保育所に空きがなく、移ることが容易ではないという特性もある。

これらを踏まえると、入所前の保育所を選択する時点で、どのような保育が行われるのかについて、保護者が十分に評価・判断し、適切な選択を行えるようにすることが重要である。この保護者の選択により、事業者間の競争が促進され、事業者は保育の内容や質の更なる改善を促すことが期待されるほか、保護者に対して情報を広く公開すること自体により、事業者間の比較が可能となり、事業者自ら保育の内容や質を向上させる取組を促すことにつながると考えられる。そして、このような情報公開の機能が発揮されるためには、保護者にとって有用な情報が事業者や自治体から広く提供されるとともに、これを保護者が容易に入手できることが必要である。

(注) 下線は当省が付した。



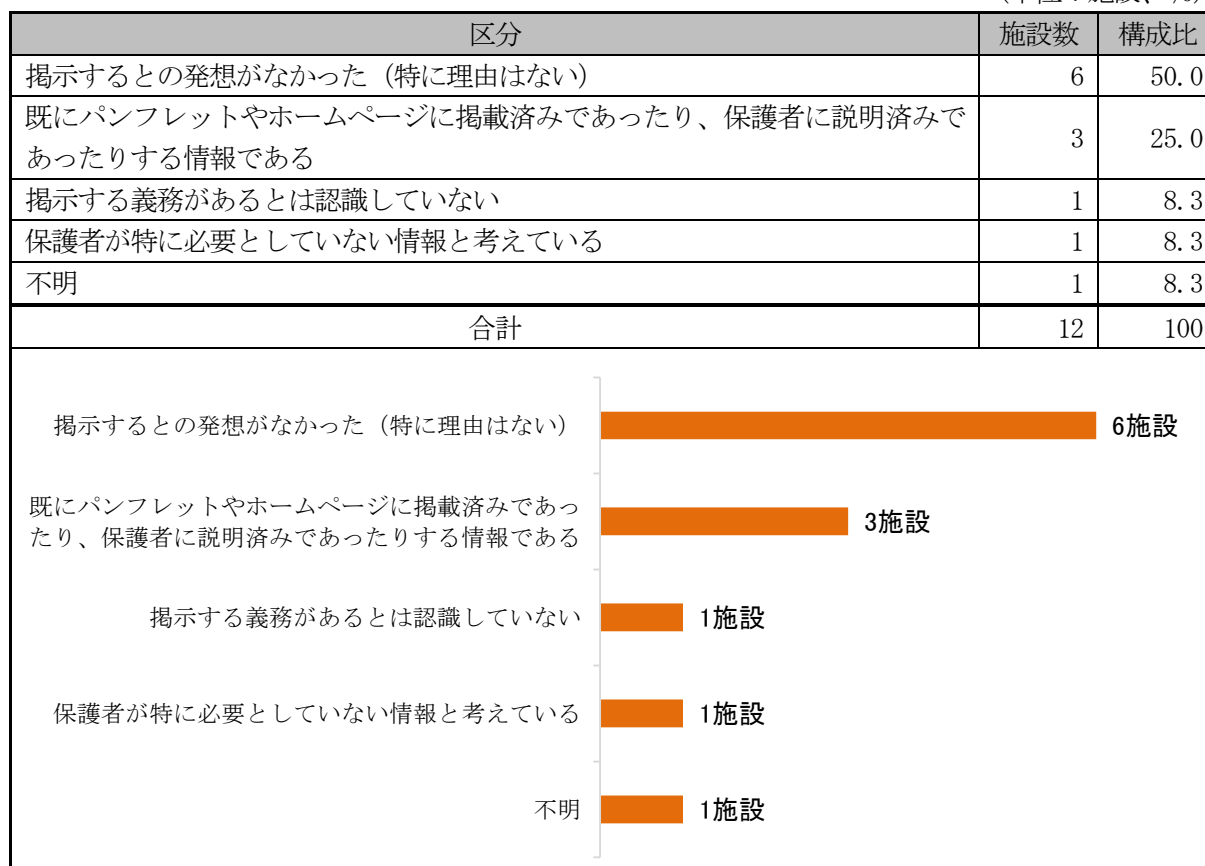
資料 6-(2)-② 保育士等の配置数に係る情報の保育施設内への揭示状況



- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 調査対象 149 保育施設の状況を整理した。  
 3 資料中の構成比は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

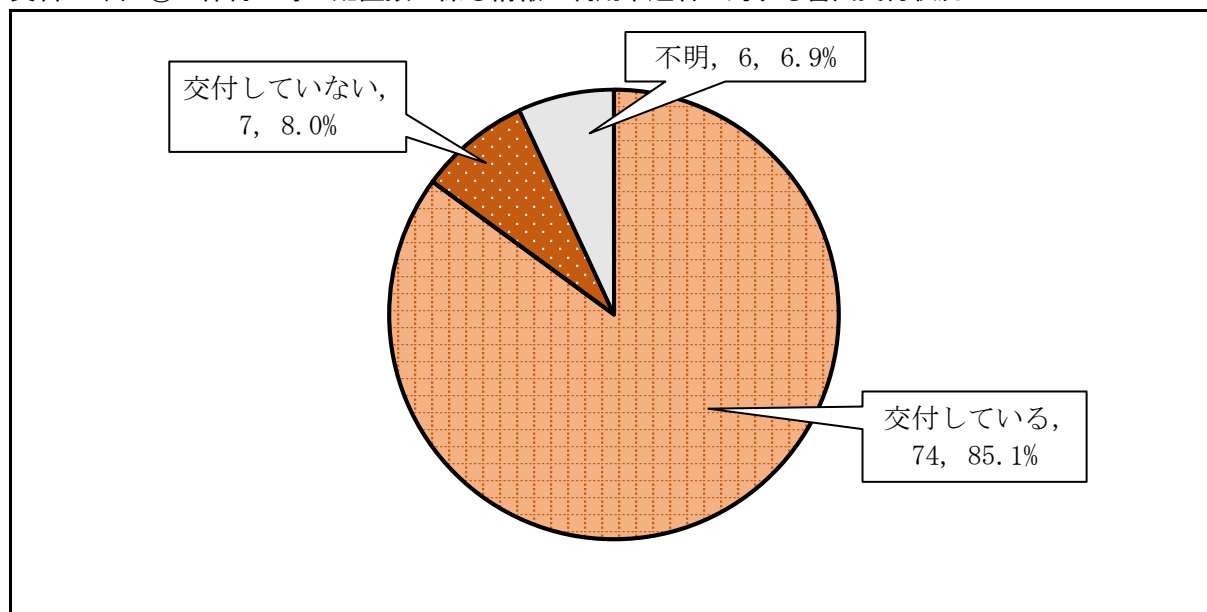
資料 6-(2)-③ 保育施設において、保育士等の配置数に係る情報を保育施設内に揭示していない理由

(単位：施設、%)



- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 保育士等の配置数に係る情報を保育施設内に揭示していない 12 施設の状況を整理した。  
 3 資料中の構成比は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

資料 6-(2)-④ 保育士等の配置数に係る情報の利用申込者に対する書面交付状況



(注) 1 当省の調査結果による。  
2 調査対象 87 認可保育施設の状況を整理した。

資料 6-(2)-⑤ 保育施設において、保育士等の配置数に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない理由

(単位：施設、%)

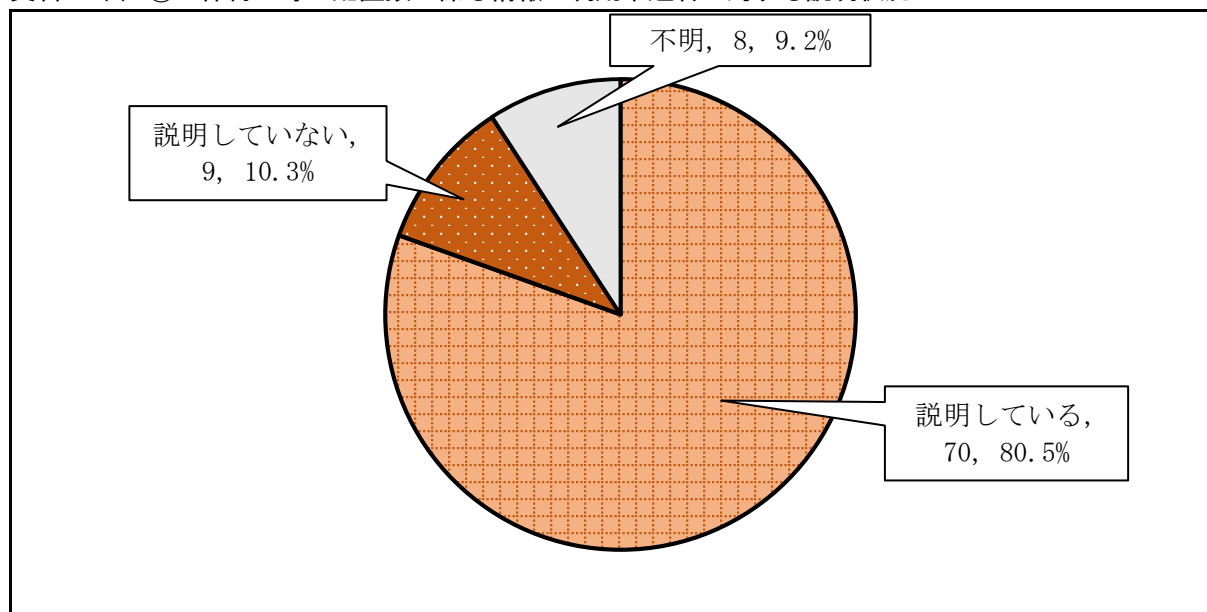
区分	施設数	構成比
既に施設内の掲示物やホームページ等に掲載済みであったり、保護者に説明済みであったりする情報である	4	57.1
交付するとの発想がなかった（特に理由はない）	2	28.6
交付する義務があるとは認識していない	1	14.3
合計	7	100

理由	施設数
既に施設内の掲示物やホームページ等に掲載済みであったり、保護者に説明済みであったりする情報である	4施設
交付するとの発想がなかった（特に理由はない）	2施設
交付する義務があるとは認識していない	1施設

(注) 1 当省の調査結果による。  
2 保育士等の配置数に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない 7 施設の状況を整理した。

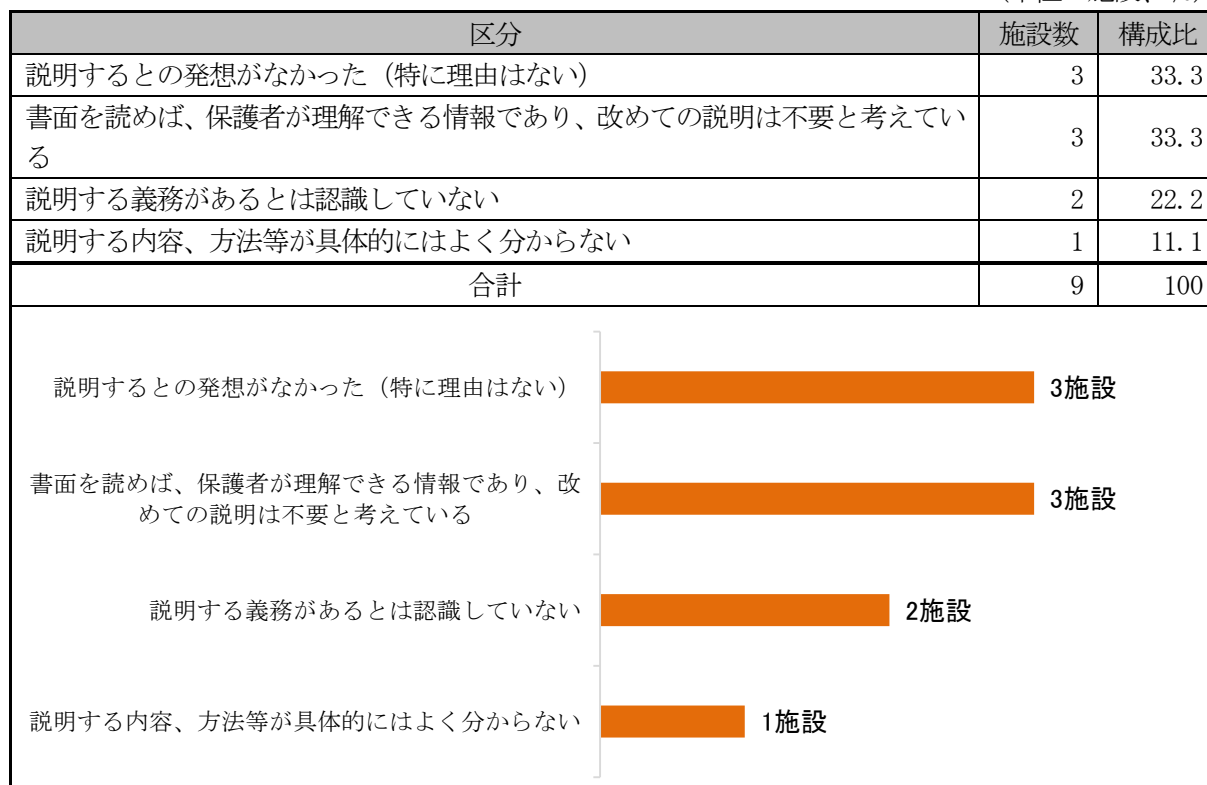
資料 6-(2)-⑥ 保育士等の配置数に係る情報の利用申込者に対する説明状況



(注) 1 当省の調査結果による。  
2 調査対象 87 認可保育施設の状況を整理した。

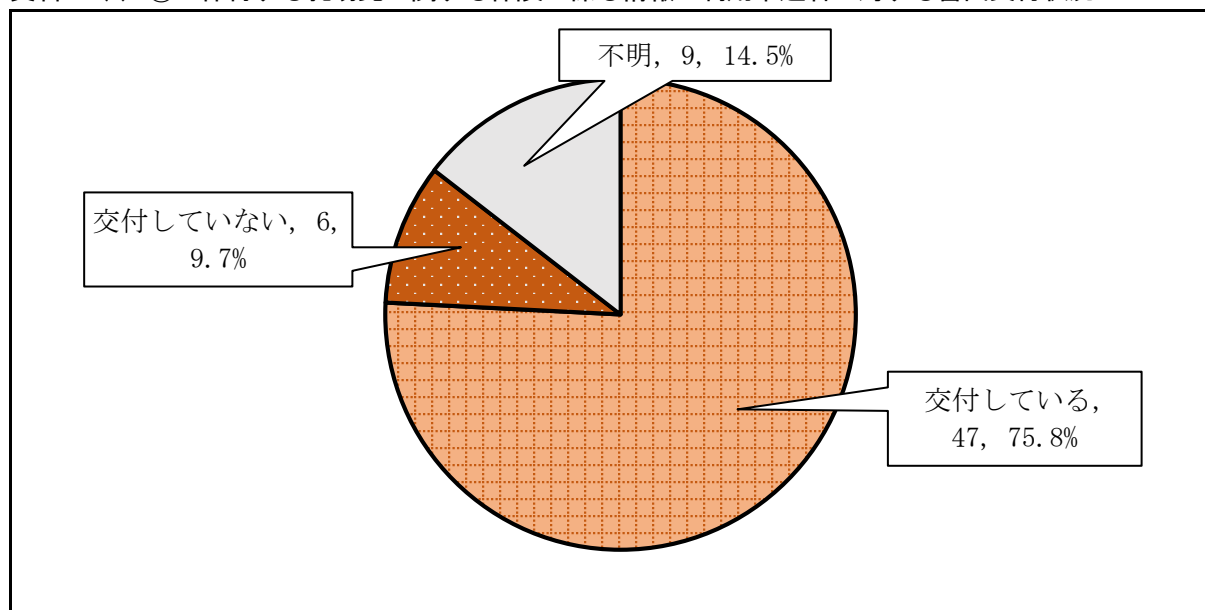
資料 6-(2)-⑦ 保育施設において、保育士等の配置数に係る情報を利用申込者に対して説明していない理由

(単位：施設、%)



(注) 1 当省の調査結果による。  
2 保育士等の配置数に係る情報を利用申込者に対して説明していない 9 施設の状況を整理した。  
3 資料中の構成比は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

資料 6-(2)-⑧ 保育する乳幼児に関する保険に係る情報の利用申込者に対する書面交付状況



(注) 1 当省の調査結果による。  
2 調査対象 62 認可外保育施設の状況を整理した。

資料 6-(2)-⑨ 保育施設において、保育する乳幼児に関する保険に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない理由

(単位：施設、%)

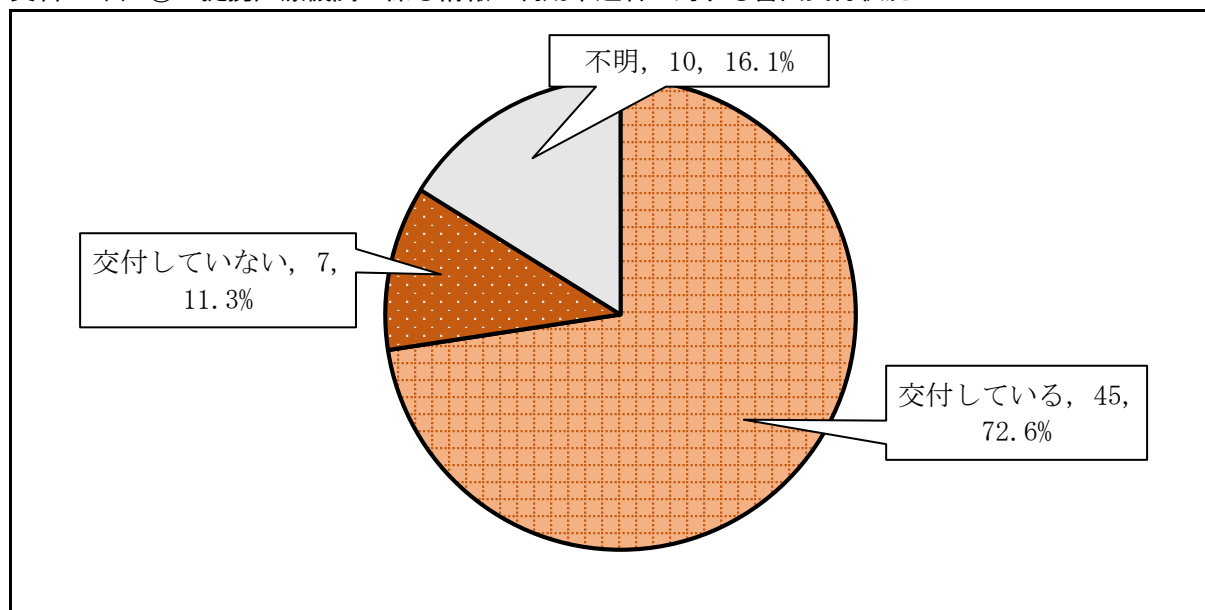
区分	施設数	構成比 (%)
交付するとの発想がなかった (特に理由はない)	2	33.3
交付する義務があるとは認識していない	2	33.3
保護者が特に必要としていない情報と考えている	1	16.7
不明	1	16.7
合計	6	100

理由	施設数
交付するとの発想がなかった (特に理由はない)	2施設
交付する義務があるとは認識していない	2施設
保護者が特に必要としていない情報と考えている	1施設
不明	1施設

(注) 1 当省の調査結果による。  
2 保育する乳幼児に関する保険に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない 6 施設の状況を整理した。

資料 6-(2)-⑩ 提携医療機関に係る情報の利用申込者に対する書面交付状況



(注) 1 当省の調査結果による。  
2 調査対象 62 認可外保育施設の状況を整理した。

資料 6-(2)-⑪ 保育施設において、提携医療機関に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない理由

(単位：施設、%)

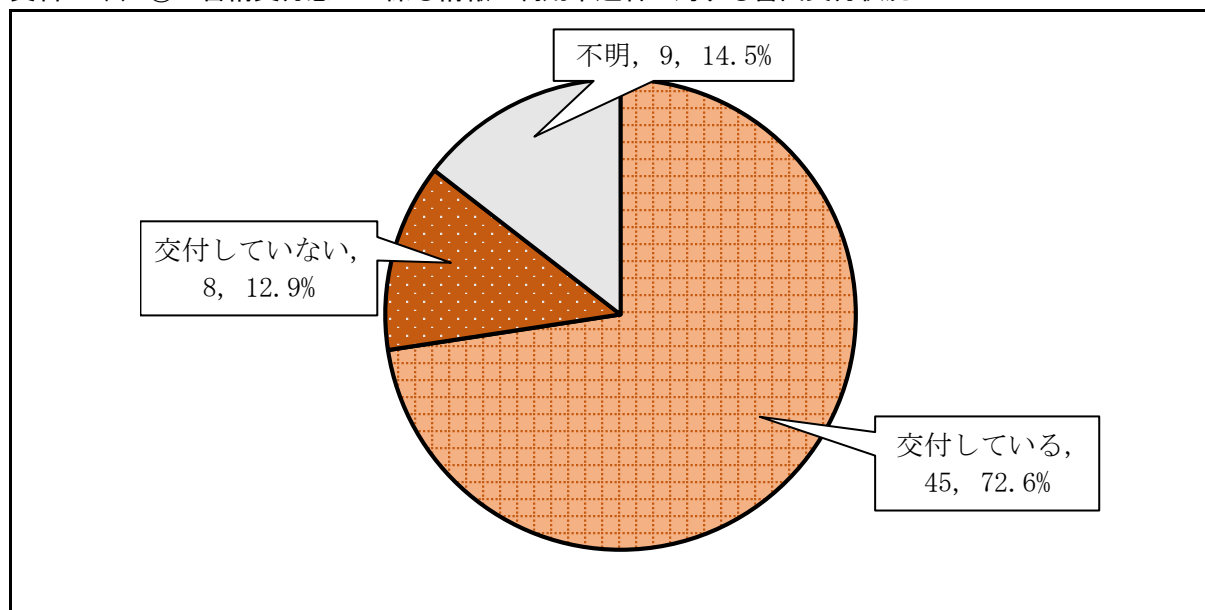
区分	施設数	構成比
交付する義務があるとは認識していない	2	28.6
交付するとの発想がなかった（特に理由はない）	1	14.3
既に施設内の掲示物やホームページ等に掲載済みであったり、保護者に説明済みであったりする情報である	1	14.3
その他	1	14.3
不明	2	28.6
合計	7	100

理由	施設数
交付する義務があるとは認識していない	2施設
交付するとの発想がなかった（特に理由はない）	1施設
既に施設内の掲示物やホームページ等に掲載済みであったり、保護者に説明済みであったりする情報である	1施設
その他	1施設
不明	2施設

(注) 1 当省の調査結果による。  
2 提携医療機関に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない 7 施設の状況を整理した。  
3 資料中の構成比は、小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100 にならない。

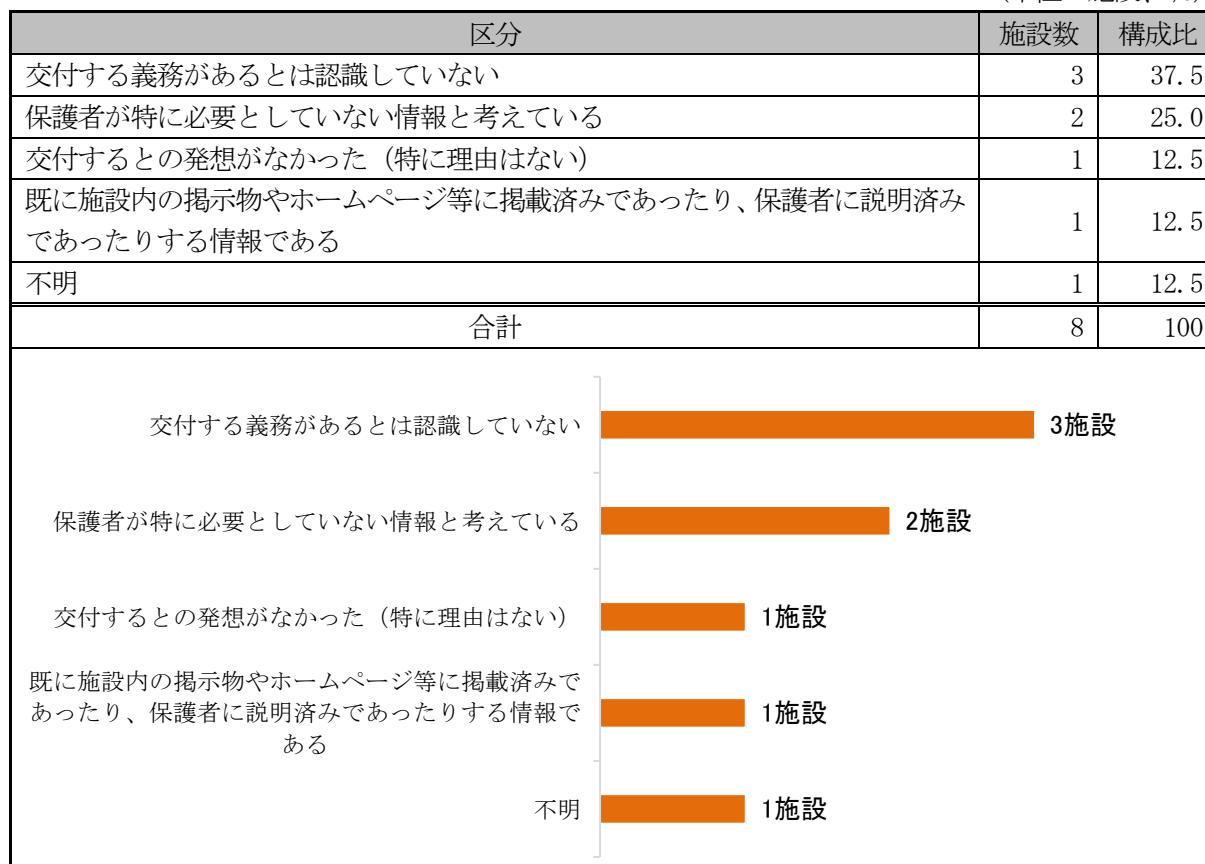
資料 6-(2)-⑫ 苦情受付窓口に係る情報の利用申込者に対する書面交付状況



(注) 1 当省の調査結果による。  
2 調査対象 62 認可外保育施設の状況を整理した。

資料 6-(2)-⑬ 保育施設において、苦情受付窓口に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない理由

(単位：施設、%)



(注) 1 当省の調査結果による。  
2 苦情受付窓口に係る情報を利用申込者に対して書面交付していない 8 施設の状況を整理した。