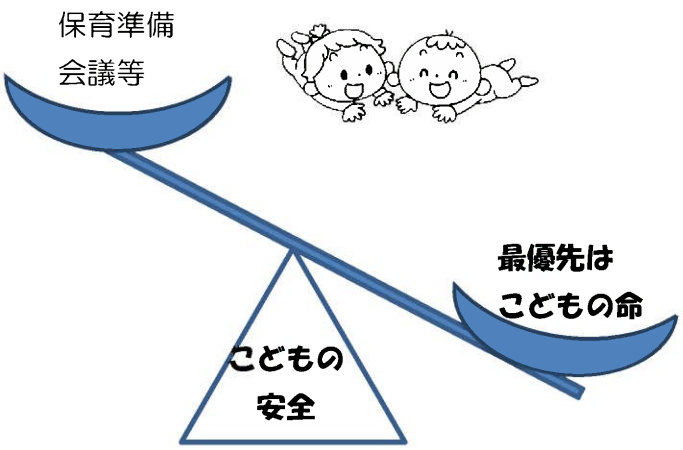
Ⅰ　事故防止のための取組み



重大事故を予防するチェックポイント・・・食う　**寝る**　水遊び　園外保育

睡眠中が最も突然死等のリスクが高い！

―《自園でも起こりうる》という前提で突然死等を予防する ―



こどもの命を守ること　＝　職員の心と仕事を守ること

突然死等のリスクの軽減
- 窒息の危険を取り除く
- 眠り始める時はあおむけに寝かせる
- 預け始めの時期は要観察

異常の早期発見
- 睡眠チェックをする
- 睡眠チェックに専念できる体制づくり

緊急体制の整備
- 救急車要請と蘇生措置

気づきとヒヤリハットの共有
- 危険に気付く（ヒヤリハット）
- 職員間で予防策を確認し共有する

チェックポイント①

入園時の確認

□入園児の生育歴を把握する

□配慮事項がある場合は全職員で情報を共有する

□SIDS 対策普及啓発用ポスター（こども家庭庁）を掲示したりリーフレットを配布したりする

□こどもの健康状態等の情報を日々保護者と共有する（預け始めや体調の悪い時は要注意）



チェックポイント②

睡眠中の観察　☛全身状態の確認

□１歳になるまでは、眠り始める時はあおむけに寝かせる

□寝返りが自立するまではうつぶせ寝を見つけたら、顔が見える**あおむけ**にする（**お腹を上にした体位**）※医学的な理由で医師から勧められている場合以外

□タオルやぬいぐるみは周りに置かない

□０歳児は５分毎
　１歳児は 10 分毎
　２歳児は１０分～１５分毎
　３歳児以上は 20 分毎
　に観察する

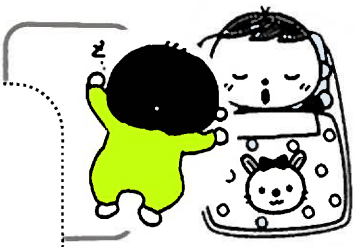
- 名前の確認、顔色、唇の色
- 呼吸状態の有無（呼吸音、胸の動き）
- 呼吸の様子（咳、喘鳴、鼻づまり）
- 体温（体に触れる、発汗）
- 体位

□その都度、睡眠チェック表に記録する。

●睡眠チェック表〈資料編 P6～9〉

チェックポイント③

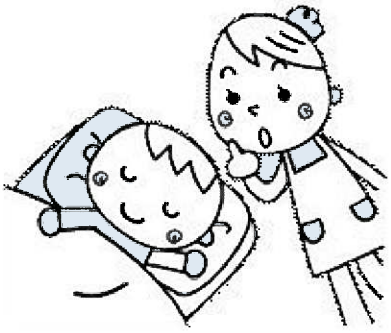
睡眠環境等の確認



- □ 敷き布団は固めのものか
- □ 掛け布団は軽いものか
- □ コットの上のマット等は固定されているか
- □ 布団やコットは観察しやすく並んでいるか
- □ 布団と布団の間に顔が埋まらないよう布団のすき間をあけて敷いているか
- □ 周囲に「ぬいぐるみ」「おもちゃ」「ヒモ状のもの」はないか
- □ 室内は顔色等が観察できる明るさか

カーテンは直射日光や寒さ防止等、必要な場合を除いて、基本的には明るさ確保のため開けておく

- □ 体調等いつもと違う様子はないか
- □ 口の中に何も入っていないか
- □ 授乳後、ゲップはしたか
- □ よだれかけは、はずしているか
- □ 着せすぎていないか
- □ おもちゃ等を持っていないか
- □ 布団に入る時から仰向けにしているか
- □ 掛け布団やタオルで口元が隠れていないか



- □ 部屋は適温・適湿か
- □ 適宜換気を行っているか



※適切な室内環境の目安

- 温度：（夏）　26～28℃
  　　：（冬）　20～23℃
- 湿度：約 60%
- 換気：１時間に１回

- 室温湿度計はこどもが生活する高さに設置する（安全に留意しながら）
- 冷房は床面の温度が 2～3℃低い場合があるので睡眠時は留意する
- 床暖房やホットカーペットは暖めすぎに注意しながら適宜使用する

水遊びには監視者　☛　こどもから目を離さない

徹底した安全対策







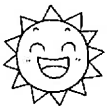
監視体制の確立
監視者が監視に専念できる体制作り

緊急時への対応
心肺蘇生法・AED 操作研修
緊急時の応援体制の確立
（シミュレーション研修）

乳幼児の特性とリスク
３㎝の深さでも溺れることがある
～こどもは静かに溺れる～

★安全を最優先に考え、
十分な監視体制が確保できない場合は、プール活動を中止する！

●監視体制の空白が生じないように**監視を行う者**と**プール指導を行う者**を分けて配置する



監視者とは

プールサイドのこども達と遊んだり
プール指導者の補助をしたりせず、
監視に専念する者
〇話しかけない　〇頼まない



「監視者」の目印等を決める
・ビブス
・タスキ
・キャップなど

役割

□プールサイドからプール全域（水面と水の中）をくまなく監視する
□プールに参加しているこどもの人数を把握し、確認を適宜行う
□動かないこどもや不自然な動きをしているこどもを見つける
□特定のこどもに目線を固定せず、個々の特性を理解し、規則的に目線を動かしながら全体を監視する　異常かどうかの見極めは、顔（特に目）を見る
□持ち場を離れる時は、代わりの職員を配置する
□こどもが全員プールからあがるまで目を離さない

チェックポイント①

1．事前管理

- □ 監視者は配置できるか
- □ 水遊び（プール遊び）のマニュアルの確認
- □ 慢性疾患等の配慮を必要とするこどもへの対応の確認
- □ 当日プール活動ができないこどもへの対応の確認
- □ 排泄が自立していないこどもへの対応の確認
- □ プールに入る人数の確認（人口密度を少なくする）

チェックポイント②

2．気象情報による活動実施の判断

★ひとつでも当てはまる場合、プール遊びは中止とする

- ○水温＋気温＝５０度未満又は６５度以上
- ○暑さ指数３１以上
- ○光化学スモッグ警報発令のとき
- ○PM2.5 の注意喚起のとき
- ○雨天、強風、雷

暑さ指数３１以上は、「運動は原則禁止」とされているため、水遊び・シャワーなどについては各施設で判断する

【運動に関する指針】

（公財）日本スポーツ協会
「スポーツ活動中の熱中症予防ガイドブック」（2019）より

暑さ指数は、環境省の熱中症予防情報サイトで確認することができます。時刻とともに変化するので、こまめに確認しましょう。

熱中症予防情報サイト
＞全国の暑さ指数
＞北陸地方　新潟県　新潟
＞暑さ指数の実況と予測

気温（参考）	暑さ指数（WBGT）	熱中症予防運動指針	
35℃以上	31以上	運動は原則中止	特別の場合以外は運動を中止する。 特に子どもの場合には中止すべき。
31℃以上 35℃未満	28以上 31未満	厳重警戒 （激しい運動は中止）	熱中症の危険性が高いので、激しい運動や持久走など体温が上昇しやすい運動は避ける。 10～20分おきに休憩をとり水分・塩分の補給を行う。 暑さに弱い人※は運動を軽減または中止。
28℃以上 31℃未満	25以上 28未満	警戒 （積極的に休憩）	熱中症の危険が増すので、積極的に休憩をとり適宜、水分・塩分を補給する。 激しい運動では、30分おきくらいに休憩をとる。
24℃以上 28℃未満	21以上 25未満	注意 （積極的に水分補給）	熱中症による死亡事故が発生する可能性がある。 熱中症の兆候に注意するとともに、運動の合間に積極的に水分・塩分を補給する。
24℃未満	21未満	ほぼ安全 （適宜水分補給）	通常は熱中症の危険は小さいが、適宜水分・塩分の補給は必要である。 市民マラソンなどではこの条件でも熱中症が発生するので注意。

チェックポイント③

3．環境の整備

- □ 日よけ対策は行っているか
- □ プールの破損・亀裂はないか
- □ 石やガラス等の危険物、鳥の糞はないか
- □ プールサイドは滑りやすくなっていないか
- □ 排水溝の安全対策は行ったか
- □ プールの清掃と整理は行ったか
- □ プライバシーへの配慮は行っているか
- □ 監視場所に死角はないか
- □ 心肺蘇生法・AED 操作や緊急時対応のフローチャートをプール付近で確認できるか



チェックポイント④

4. 活動前の確認

プール

- □ プールの環境は適切か
- □ 水深は年齢に応じて調整できているか
- □ 適正な遊離残留塩素濃度になっているか（遊離残留塩素濃度 0.4～1.0 ㎎/L）
- □ ゴミや窒息の危険のある玩具はないか

こども

- □ 体温・顔色・機嫌・便の状態はどうか
- □ 目ヤニ・充血・鼻水・発疹等はないか
- □ 傷はないか（出血、化膿はしていないか）
- □ 絆創膏や湿布を貼っていないか
- □ 水分補給は適切に行っているか
- □ 帽子を着用しているか
- □ 準備運動を行ったか
- □ シャワーで適切に体を洗ったか
- □ おしりに排せつ物が残っていないか

職員

- □ こどもへの安全指導は行ったか
- □ 職員の健康状態はどうか
- □ 職員の役割分担は決まっているか
- □ 人数を監視者に伝えたか

チェックポイント⑤

5. 準備物の用意

- □ 塩素剤
- □ 残留塩素測定器・試薬
- □ 気温計・水温計
- □ プール日誌
- □ 時計・携帯電話

こどもの手の届かない位置に保管

- □ 救急用具（応急手当セット、毛布、バスタオル、笛等）
- □ AED は近くにあるか

チェックポイント⑥

6. 活動中の確認

- □ 遊離残留塩素濃度を 30 分ごとに測定しているか
- □ 健康状態（顔色や身体の様子）はどうか
- □ 監視者はプール全域をくまなく監視しているか
- □ こどもの人数を把握できているか



チェックポイント⑦

7. 活動後の確認

- □ 人数確認を確実にしたか
- □ ケガはないか
- □ 健康状態はどうか
- □ シャワーで体を洗ったか
- □ 体をしっかり拭いたか
- □ うがいをしたか
- □ 水分補給をしたか
- □ 保育室の室温は適切か
- □ プール日誌に記録をしたか
- □ 速やかにプールの水を排水し、こどもが入れない対策をとっているか

プール日誌

年　月　日（　曜日）　天気				
利用時間	時　分	時　分	時　分	時　分
クラス名				
入場人数	人	人	人	人
気　温	℃	℃	℃	℃
水　温	℃	℃	℃	℃
残留塩素濃度 プール底部検査値	㎎/L	㎎/L	㎎/L	㎎/L
消毒時追加時間	時　分	時　分	時　分	時　分
消毒時追加後の値	㎎/L	㎎/L	㎎/L	㎎/L
監視者名				
備考				

「学校安全計画と危機管理マニュアル」「安全計画」（危機管理を含む）の作成

幼保連携型認定こども園・幼稚園型認定こども園・幼稚園においては、学校保健安全法第 27 条に安全計画の策定、第 29 条に危機管理マニュアルを作成することと規定されている。

令和５年４月より保育園・保育所型認定こども園・地域型保育事業・認可外保育施設・地方裁量型認定こども園（以下「保育所等」という。）においては、児童福祉施設の設備及び運営に関する基準及び家庭的保育事業等の設備及び運営に関する基準に基づき、全ての保育所等は、保育所等を利用する児童の安全を確保する計画（以下「安全計画」という。）を策定し、取り組むことが義務付けられた。（表 1、2 参照）

（表 1）施設の種別による計画について（内容は表 2 を参照）

施設種別	計画・マニュアル	内容
幼保連携型認定こども園・幼稚園型認定こども園・幼稚園	学校安全計画	A
	危険等発生時対処要領（危機管理マニュアル）	B
保育園・保育所型認定こども園・地域型保育事業・地方裁量型認定こども園・認可外保育施設	安全計画（危機管理を含む）	A B

（表 2）計画書に求められる内容

		内容	必要な取組
A	安全に関する内容	・施設等の設備の安全点検の実施 ・園外活動を含む日常生活における安全対策 ・職員への研修や訓練 ・保護者への説明・共有 ・計画の定期的な見直し・変更(毎年・随時)　等	計画及び危機管理マニュアルの ・策定 ・説明・周知（職員・保護者等） ・訓練 ・見直し・変更 ※地域の関係機関との連携に努める。 必要な取組を実施することをもって、安全計画を行ったものとする。
B	危機管理に関する内容	危険等が発生した際に、職員が円滑かつ的確な対応を図るためのもの ・事前の危機管理（体制整備や点検、避難訓練） ・個別の危機管理（様々な事故等への具体的な対応） ・事後の危機管理（引き渡しや心のケア、調査、報告）	

詳しくは、以下を参照のこと。

・R4 年 12 月 15 日付【事務連絡】厚生労働省「保育所等における安全計画の策定に関する留意事項について」
・R4 年 12 月 16 日付【事務連絡】厚生労働省「認可外保育施設における安全計画の策定に関する留意事項について」
・R3年６月９日付【事務連絡】文部科学省「学校の『危機管理マニュアル』等の評価・見直しガイドラインの活用について」
・H31 年３月改訂 文部科学省 学校安全資料「『生きる力』をはぐくむ学校での安全教育」
・H30 年２月初版　文部科学省　学校の危機管理マニュアル作成の手引き
・H２９年３月３１日公示　幼保連携型認定こども園教育・保育要領
・H２９年３月 31 日告示　保育所保育指針

様式2
（表面）

教育・保育施設等事故報告書
（自動車への置き去り事故）

基本情報								
報告自治体 （都道府県・市区町村）			施設・事業所名称					
報告回数			施設・事業所所在地					
第1報年月日			施設・事業所代表者等					
続報年月日			施設・事業所設置者等 （社名・法人名・自治体名等）					
施設種別			施設・事業開始年月日 （開設、認可、事業開始等）					
事業種別			認可・認可外の区分					

事故に遭ったこどもの情報				
こどもの年齢（月齢） （放課後児童クラブは年齢のみ選択）			こどもの性別	
施設入所年月日 （入園年月日、事業利用開始年月日等）			所属クラス等 （放課後児童クラブはこどもの学年を選択）	

事故発生時の状況								
事故発生年月日				送迎の態様				
置き去りしていた時間	～							
事故発生時のこどもの乗車人数			事故発生時の 教育・保育等従事同乗者数 （運転手を含む）			うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士・放課後児童支援員・助産師等		
事故発生時のこどもの乗車人数の内訳	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	学童	その他
車種・車名					こどもの最大定員			
日常的に送迎車として運行していたか					安全装置の装備			
安全装置のメーカー・品名					安全装置の認定番号			
安全装置が作動しなかった理由								
事故の転帰								
（死亡の場合）死因								
（負傷等の場合）受傷部位								
（負傷等の場合）負傷状況								
診断名、病状等	診断名							
	病状							
	病院名							
事故の発生状況 （事故発生の要因、点呼等による所在確認の実施状況、安全装置の作動状況、発生後の処置を含めて可能な限り詳細に記載。第1報で可能な範囲で記載し、第2報以降で修正。）								
事故発生後の対応 （報道発表を行う（行った）場合にはその予定（実績）。第2報以降で追記。）								

※　第1報は、本報告書（表面）を記載して報告してください。
※　**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か月以内程度に報告**してください。
※　最終報は、記載内容について保護者の了解を得た後に、各自治体へ報告してください。
※　直近の指導監査の状況報告及び発生時の状況図（写真等を含む）を添付してください。
※　意識不明に陥った後に死亡事故や重篤な事故となった場合は、意識不明時の状況も記載してください。
※　「（負傷等の場合）負傷状況」欄における「骨折（重篤な障害が疑われるもの）」については、医師の所見等により、骨折に伴う重篤な障害（偽関節、著しい運動障害、著しい変形等）が残ることが疑われる場合に選択してください。
※　記載欄は適宜広げて記載してください。

（裏面）

教育・保育施設等事故報告書
（自動車への置き去り事故）

ソフト面					
事故防止マニュアル		具体的内容			
事故防止に関する研修		実施頻度（回／年）		具体的内容	
その他の要因・分析・特記事項					
改善策【必須】					

ハード面					
安全装置の点検		実施頻度（回／年）		具体的内容	
その他の要因・分析・特記事項					
改善策【必須】					

※　データベースに公表される場合、大半部分が公表対象となるため、日付、個人名、病院名等の個人情報は記載しないでください。

置き去り時の状況図

【記入時に削除ください】
自動車の座席図を示した上で、事故に遭ったこどもの着席位置及び同乗職員の着席位置を図示してください。

データベース掲載に対する保護者の同意【重大事故該当時】	※　死亡、意識不明等の重大事故の情報について、保護者の同意が得られたものをデータベース化し公表しています。 ※　データベースについては、発生した事故に関する情報を収集し、今後の事故防止に資するために作成しているという趣旨を御理解いただき、掲載について保護者の同意を得たときは左欄に〇印を付し、同意が得られなかったときは×印を付して、重大事故の場合は最終報までに必ず保護者に掲載の同意を確認してください。

自治体コメント【必須】

（自治体による事故発生の要因分析等を記載してください。施設・事業者は記載しないでください。）

【記入時に削除ください】
データベースに公表される場合、大半部分が公表対象となるため、日付、個人名、病院名等の個人情報は記載しないでください。

【施設・事業所別の報告先】

① 特定教育・保育施設（幼稚園、幼稚園型認定こども園を除く。）、特定地域型保育事業、特定乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度。幼稚園、幼稚園型認定こども園で実施する場合を除く。）、一時預かり事業（幼稚園、幼稚園型認定こども園で実施する場合を除く。）、病児保育事業（幼稚園、幼稚園型認定こども園で実施する場合を除く。）及び認可外保育施設（企業主導型保育施設を含む。）

→ こども家庭庁成育局保育政策課（認可外保育施設担当室指導係）（hoiku.safety-report@cfa.go.jp）

② 幼稚園、幼稚園型認定こども園

→ 文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課安全教育推進室学校安全係（anzen@mext.go.jp）

→ 文部科学省初等中等教育局幼児教育課（youji@mext.go.jp ）

③ 特別支援学校幼稚部

→ 文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課安全教育推進室学校安全係（anzen@mext.go.jp）

→ 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課（toku-sidou@mext.go.jp）

④ 放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）

→ こども家庭庁成育局成育環境課健全育成係（seiikukankyou.kenzen@cfa.go.jp）

⑤ 子育て短期支援事業（ショートステイ、トワイライトステイ）、子育て世帯訪問支援事業及び児童育成支援拠点事業

→ こども家庭庁成育局成育環境課家庭支援係（seiikukankyou.katei@cfa.go.jp）

⑥ 子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）

→ こども家庭庁成育局成育環境課子育て支援係（seiikukankyou.kosodate@cfa.go.jp）

【全施設・事業所共通の報告先】

→ 消費者庁消費者安全課（i.syouhisya.anzen@caa.go.jp）

※　【施設・事業所別の報告先】及び【全施設・事業所共通の報告先】ともに報告をお願いします。

令和８年６月
改訂版

別紙2

事故発生時の報告ルート（教育・保育施設等）

受診を伴う事故

重大事故等※1
（国報告に至らないがそれに準じる事故）

重大事故※2（様式1Ver.6 使用）
自動車への置き去り事故（様式2使用）
（国報告が求められている事故）

園児の置き去り見失い事故
（様式1Ver.6 使用）
（国報告が求められている事故）

施設が区役所へ電話で一報　原則として事故発生当日（遅くとも翌日）

区は施設からの内容を幼保支援課へ共有⇒幼保支援課は 自動車への置き去り事故 園児の置き去り見失い事故 について県こども家庭課へ電話で一報

施設が電子申請、事故報告書（第1報）は原則として事故発生当日（遅くとも翌日）に提出

施設が電子申請フォームに入力

施設が電子申請フォームに入力
事故の経過報告書（様式3）を添付

施設が該当の様式（様式1または様式2）を使用して
「教育・保育施設等事故報告書（第１報）」（表面）を作成し、メールで提出
提出先：各区指導保育士、幼保支援課

区指導保育士が内容確認、再発防止策の点検

必要に応じて現地訪問、再発防止策の実施確認

区指導保育士が毎月 10 日までに
前月の報告を確認完了

幼保支援課が事故報告件数を集約
各施設に事例共有・注意喚起

幼保支援課が県こども家庭課、こども家庭庁、消費者庁に報告書（第１報）を提出

幼保支援課が県こども家庭課、
消費者庁に報告書（第１報）を提出

区指導保育士が現地確認、指導、助言

施設が再発防止策等の検討を行い
「教育・保育施設等事故報告書（第２報）」（裏面）を作成し、メールで提出
提出先：各区指導保育士、幼保支援課

区指導保育士及び幼保支援課が
事故報告書、再発防止策等（第２報）を点検

幼保支援課が県こども家庭課、こども家庭庁、消費者庁に事故報告書（第２報）を提出

幼保支援課が県こども家庭課、
消費者庁に事故報告書（第２報）
を提出

※1　重大事故等

・骨折（治療期間 30 日未満）
・縫合を伴う怪我　・火傷・その他重症と思われる怪我　等

※2　重大事故

・死亡事故
・意識不明事故（どんな刺激にも反応しない状態に陥ったもの）
・治療に要する期間が 30 日以上の負傷や疾病を伴う重篤な事故

令和8年度　新潟市保育関係者合同研修

保育施設における事故防止

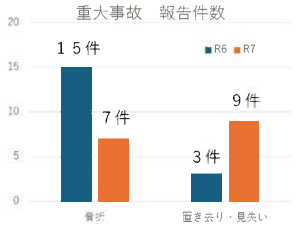
～教育・保育施設　認可外保育施設等における
事故防止及び対応マニュアルを学ぶ～

令和8年6月17日（水）

新潟市こども未来部幼保支援課

1

令和7年度新潟市における事故件数



令和６年度 骨折内訳	
上肢	11
下肢	1
歯	2
鼻	1

※R6.4月～R7.3月

令和7年度 骨折内訳	
上肢	4
下肢	1
歯	1
頭	1

※R7.4月～R8.3月

重大事故の中では骨折が一番多い。

令和6年度は15件
令和7年度は7件

置き去り･見失い事故が増加

令和7年度は3件
令和7年度は9件

新潟市内教育・保育施設事故報告
（幼保支援課）より

2

令和7年度新潟市における置き去り・見失い

令和７年度　置き去り・見失い事故　事例

一時預かり	園庭のロープをすり抜けて敷地から出ていこうとしていたところ、学童のスタッフが見つけて保護。
降園時	保護者の迎え後、兄弟がトイレによっている間に、待てずに玄関に行った。他保護者がカギを開けた際に玄関から出た。
降園後	園の駐車場から園児２名の姿が見えなくなった。その後、園児は近くの公園に行き、時間が経過した後２名で一緒に歩いていたところ近隣の人から警察に通報があり、保護。
延長保育	園庭で遊んでいた中、フェンスによじ登る園児を発見。保育者がすぐに声を掛けたが、フェンスを乗り越えた。

令和８年度　置き去り・見失い事故

置き去り　２件
飛び出し　２件
全て保育時間中の事故です

R8.4月～R8.5月１０日　現在

新潟市内教育・保育施設の事故報告
（幼保支援課）より

3

●重大事故とは

○死亡事故

○意識不明事故（どんな刺激にも反応しない状態に陥ったもの）

○治療に要する期間が 30 日以上の負傷や疾病を伴う重篤な事故



教育・保育施設　認可外保育施設等における事故防止及び対応マニュアル（新潟市）より

4

事故は、いつ、どこで発生するの？

事故は、いつ、どこでも発生します。
こどもたちが安心して遊んだり、生活したりすることができる環境を整えるために、あらゆる要因（危険）について理解することが大切です。

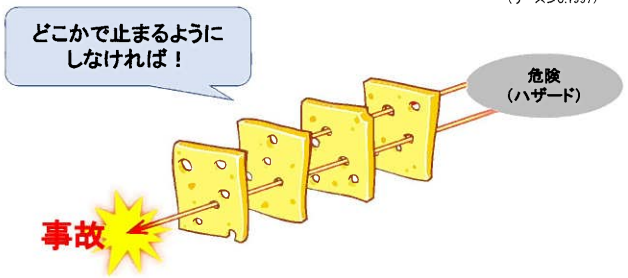
5

保育施設における事故発生の分析

6

事故発生は「スイスチーズモデル」

（リーズンJ.1997）



事故はいくつかの要因が偶然つながったときに起こる。軽傷で済むか、重大事故になるかは確率の問題。事故は誰にでも起こりうる。

コドモンカレッジ：保育所における事故発生の分析と事故防止の基本活動　岡　真裕美氏より

7

人の「注意資源」（注意力・集中力）には限りがある



これまで仕事で使っていた脳の「注意資源」が、いつもと違う仕事の増加・変更、それに伴う不安・焦りが入ってくると…

どれだけ仕事ができる人でも事故が起こりやすい状況
→「気をつけよう！」「注意しよう！」で注意資源は増えない

コドモンカレッジ：保育所における事故発生の分析と事故防止の基本活動　岡　真裕美氏より

8

事故発生のパターン

いつも職員の人数は確保しているが、
その日突然欠席の職員が出て、人員が不足した

天候やスケジュールの都合で、担当園児が
いつもより多かった

「誰かが見ている／やってくれる」と皆が思っていて、
その場の責任者が決まっていない

急いでいた／焦っていた

園全体がコミュニケーション不足、風通しが悪い

など…

9

「慣れ」に注意！

その隙間、溝、ネット、遊具、ため池、積雪、猛暑…
「景色」「当たり前」になっていませんか？
→「始めてそこに来た人」の視点で見てみる

いつも行っている場所だから、やっていることだから
大丈夫→根拠のない自信はNO！

これまで事故が起きたことはないから大丈夫

10

大切なことは、

ヒヤリハットなどに記録して、職員全員で共有する

その記録を分析する

「変えられるもの」は変える

ヒヤリハットの記録

園児名		クラス	組	記入者名	
発生日時	年 月 日（ ） 午前・午後 時 分				
発生場所	保育室 遊戯室 テラス 玄関 園庭 道路 園外保育先 その他（ ）				
部位	頭 顔面（眼 鼻 耳 口腔 歯 ） その他の顔面（ ） 上肢 下肢 体幹（頚 胸 腹 臀部 ） その他の体幹（ ）				
発生時の状況及び対応（職員配慮含む）			再発防止策		
備考					
回覧					

11

教育・保育施設　認可外保育施設等における
事故防止及び対応マニュアル（新潟市）を学ぶ

12

保育現場で重大事故が発生しやすい場所・場面

・睡眠中

・プール活動・水遊び

・食事中

・園外保育

→「食う・寝る・水遊び・園外保育」とも呼ばれています

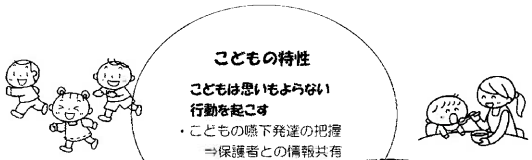
13

重大事故を予防する

「食べること」

14

食べること＝危険！の意識を持つ　👀　いつも観察



こどもの特性

こどもは思いもよらない行動を起こす

・こどもの嚥下発達の把握
⇒保護者との情報共有

食べ物や玩具の性質

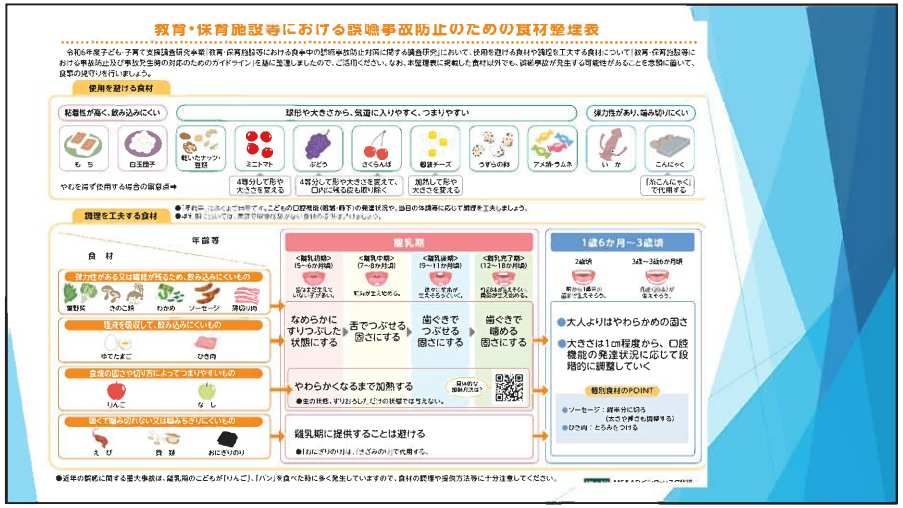
・大きさ、形状
・食感（表面の滑らかさ、弾力性、固さ、噛み切りにくさ）

職員の窒息危険性への認識不足

＜給食等で提供を避ける食材の一例＞
・ミニトマト
・乾いたナッツ、豆類等
・白玉団子

教育・保育施設　認可外保育施設等における事故防止及び対応マニュアル（新潟市）より

15



教育・保育施設等における誤嚥事故防止のための食材整理表

令和6年度子ども・子育て支援調査研究事業「教育・保育施設における食事中の誤嚥事故防止対策に関する調査研究」において、誤嚥を避ける食材や誤嚥を工夫する食材について、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」を基に整理しましたので、ご活用ください。なお、本整理表に掲載した食材以外でも、誤嚥事故が発生する可能性があることを念頭に置いて、食事の見守りを行いましょう。

使用を避ける食材

丸着性が高く、飲み込みにくい

球形や大きさから、気道に入りやすく、つまりやすい

弾力性があり、噛み切りにくい

もち　白玉団子　軽いたナッツ・豆類　ミニトマト　ぶどう　さくらんぼ　個装チーズ　うずらの卵　アメ状ラムネ　いか　こんにゃく

やむを得ず使用する場合の留意点➡

4等分して形や大きさを変えて、口中に残る応じ飲い飲く

4等分して形や大きさを変えて、口中に残る応じ飲い飲く

加熱して形や大きさを変える

【代】こんにゃくで代用する

調理を工夫する食材

●「月齢・年齢」はあくまで目安であり、こどもの口腔機能（咀嚼・嚥下）の発達状況や、当日の体調等に応じて調理を工夫しましょう。

●より詳しくは、厚生労働省「授乳・離乳の支援ガイド」を参照してください。

年齢等

食材

離乳期

<離乳初期>（5～6か月頃）　<離乳中期>（7～8か月頃）　<離乳後期>（9～11か月頃）　<離乳完了期>（12～18か月頃）

1歳6か月～3歳頃

2歳頃　3歳～3歳6か月頃

弾力性がある又は固性が残るため、飲み込みにくいもの

葉野菜　きのこ類　わかめ　ソーセージ　厚切り肉

なめらかにすりつぶした状態にする　舌でつぶせる固さにする　歯ぐきでつぶせる固さにする　歯ぐきで噛める固さにする

●大人よりはやわらかめの固さ

●大きさは1cm程度から、口腔機能の発達状況に応じて段階的に調整していく

繊維を吸収して、飲み込みにくいもの

ゆでたまご　ひき肉

食感の広さや切り方によってつまりやすいもの

りんご　なし

やわらかくなるまで加熱する

●生の状態、すりおろし、だけの状態では与えない。

離乳期のNG調理方法は？

離乳期の調理方法は？

離乳期に提供することは避ける

●「おにぎりのり」は、「きざみのり」で代用する。

●ソーセージ：縦半分に切る（太さや厚さも調整する）

●ひき肉：とろみをつける

●近年の誤嚥に関する重大事故は、離乳期のこどもが「りんご」、「パン」を食べた時に多く発生していますので、食材の調理や提供方法等に十分注意してください。

16

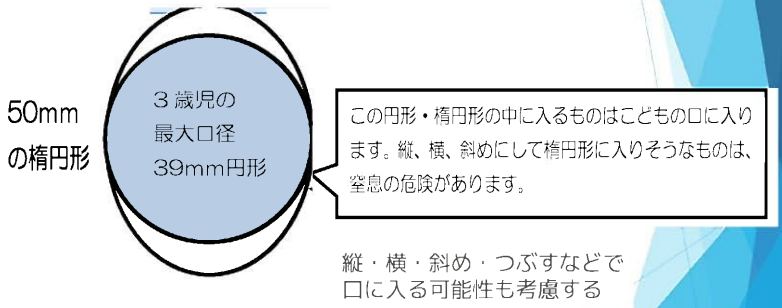
誤飲・誤嚥を防止する

食事の介助で注意すべきポイント

○こどもの意志に合ったタイミングでゆっくり落ち着いて食事ができる環境作り
○こどもの口に合った量で与える
○食べ物を飲み込んだことを確認
○水分は適切に与える
○食事中に眠くなっていないか

17

確認しましょうチャイルドマウス



教育・保育施設　認可外保育施設等における事故防止及び対応マニュアル（新潟市）より

18

3重大事故を予防する

「寝る」

19

保育施設に預けられた乳幼児「SIDS（乳幼児突然死症候群）」

○生後2か月から6か月までの1歳未満での発症が多く、まれに1歳以上でも発症する

・全体の30%は預けはじめから1週間以内

・1か月以内に起きた突然死は全体の半数

・年々減っており、過去7年間は年間死者数100人を下回っている

コドモンカレッジ：教育・保育施設　認可外保育施設における事故防止及び対応のためのガイドライン①　岡真裕美氏より

20

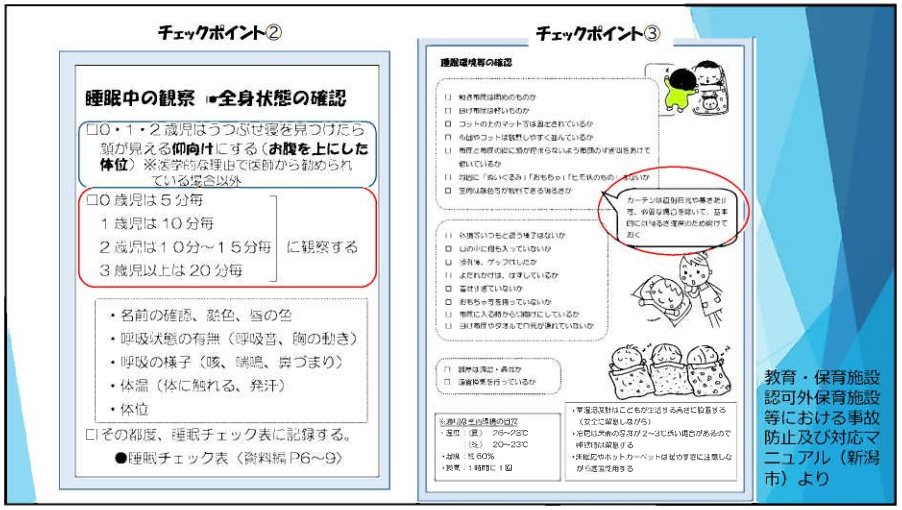
乳幼児「SIDS（乳幼児突然死症候群）」発症率を低くするには

○1歳になるまでは、寝せる時は仰向けに寝せる

○式布団・マットレス・まくらは堅めのものを、掛布団は軽いものを使いましょう。

○口や鼻を覆ったり、首に巻き付くものは置かないようにしましょう

21



22

4重大事故を予防する

「水遊び」

23

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
○ うごかないこどもや不自然な動きをしているこどもを見つける
○ 規則的に目線を動かしながら監視する
○ 十分な監視体制の確保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

24

監視者とは

プールサイドのこども達と遊んだり
プール指導者の補助をしたりせず、
監視に専念する者
〇話しかけない　〇頼まない



「**監視者**」の目印等を決める
- ビブス
- タスキ
- キャップなど

監視者の役割

□プールサイドからプール全域（水面と水の中）をくまなく監視する
□プールに参加しているこどもの人数を把握し、確認を適宜行う
□動かないこどもや不自然な動きをしているこどもを見つける
□特定のこどもに目線を固定せず、個々の特性を理解し、規則的に目線を動かしながら
　全体を監視する　異常かどうかの見極めは、顔（特に目）を見る
□持ち場を離れる時は、代わりの職員を配置する
□こどもが全員プールからあがるまで目を離さない

教育・保育施設　認可外保育施設等における事故防止及び対応マニュアル（新潟市）より

25

プール日誌に記録しましょう。

プール日誌

年　月　日（　曜日）　天気				
利用時間	時　分	時　分	時　分	時　分
クラス名				
入泳人数	人	人	人	人
気　温	℃	℃	℃	℃
水　温	℃	℃	℃	℃
残留塩素測定 プール遊び開始前の値	mg/L	mg/L	mg/L	mg/L
消毒剤追加時間	時　分	時　分	時　分	時　分
消毒剤追加後の値	mg/L	mg/L	mg/L	mg/L
監視者名				
備考				

26

5重大事故を予防する
「園外保育」

27

戸外は行動範囲が広くなる ☛ 声に出して人数確認



人数確認　出発前⇒　歩行中⇒　目的地到着後・随時・出発時⇒　帰園後

必ず
ダブルチェック
しましょう！



散歩（園外保育活動）のねらい
- 年齢や発達に合ったねらいを設定する

十分な職員体制
- 事前に役割分担をしておく
- 突発的な行動（状況）に対応できる人員配置で出かける

チェックリストの確認と周知
- 年齢別チェックリスト、園外保育チェックリスト、園児数確認メモ
  お散歩行ってきますカード

目的地の事前調査（散歩経路マップ、公園マップの作成）
- 実際にこどもの目線で歩いてみる
- 季節や気候、工事など突発的な事でも目的地や途中までの
  配慮が異なるため、日頃から状況把握をしておく

教育・保育施設　認可外保育施設等における事故防止及び対応マニュアル（新潟市）より

28

置き去り・見失いを防ぐポイント

○　人数確認
→危険個所や死角、見落としが起きそうな場所の把握と共有
→お散歩マップや安全マップを作成して活用することが有効

○持ち場を離れる時は状況を伝えて他の職員と交代
→その場の責任者を明確にする
→保育者全員が全体、全員を見る方法は事故が発生しやすい

○門やフェンスなど、こどもが抜け出さないよう安全対策

○登園時、降園時など人が多く出入りする時間帯の安全対策

29

再発防止策の策定

類似事故が再発しないように、事故後の検証、分析を踏まえて、再発防止策を検討する

検証　→　直後現場の状況や人・物を様々な角度から観察して、事故の概要、事故発生までの経緯を把握する。

視点：　現場の環境、設備、人（こども・職員等）、人的配置、管理、行動等

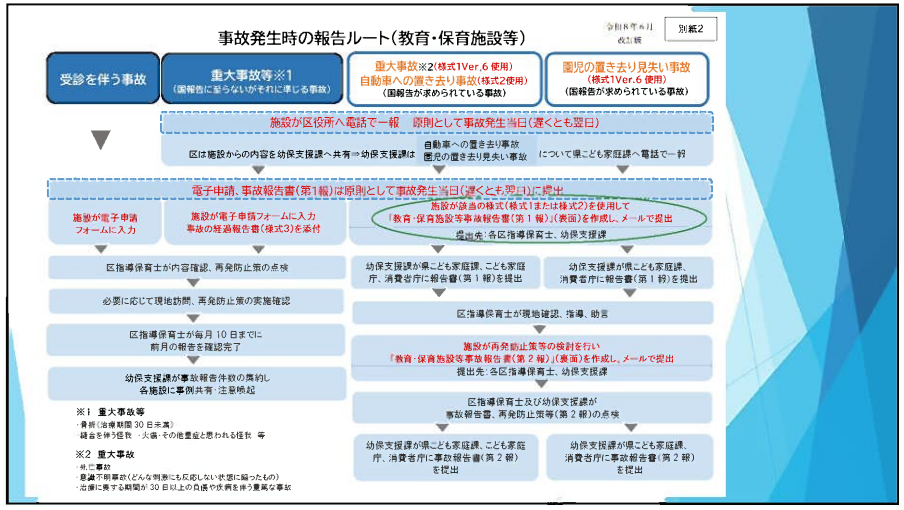
分析　→　どうして事故が発生したのか、事故発生の原因、危機対応への問題点を下記の分析方法で掘り起こす。

<SHELL（シェル）分析>

項目	内容
ソフト面	マニュアル・研修・職員配置などに関わるもの
ハード面	施設・設備・遊具の状況などに関わる「物的要因」
環境面	こどもの生活環境（照明・空間等） 職員の労働環境（労働時間・休暇等） 自然環境（暑さ・寒さ・雨・雪・湿度等）
人的面	担当職員・こども・関係者の個人的要素

教育・保育施設　認可外保育施設等における事故防止及び対応マニュアル（新潟市）より

30



31

令和8年度　新潟市保育関係者合同研修会（事故防止）

事故の再発防止のための取り組み

ＳＨＥＬＬ（シェル）分析を活用しよう

1

事故の再発防止のための取り組み

「再発防止策の策定」

類似事故が再発しないように、事故の検証、分析を踏まえて、再発防止を検討する。

2

検証と分析について

検証→直接現場の状況や人・物を様々な角度から観察して、事故の概要、事故発生までの経緯を把握する。

分析→どうして事故が発生したのか、事故発生の原因、危機対応への問題点をＳＨＥＬＬ分析で掘り起こす。

3

シェル分析

SHELL分析	要因	対策
S（ソフト面）	ルール、マニュアル 手順、連絡方法	
H（ハード面）	設備、遊具、備品 園舎の構造	
E（環境面）	気温、天候、騒音 混雑状況、時間帯	
L（人的面）	保育士、子ども、保護者など人に関する要因	

4

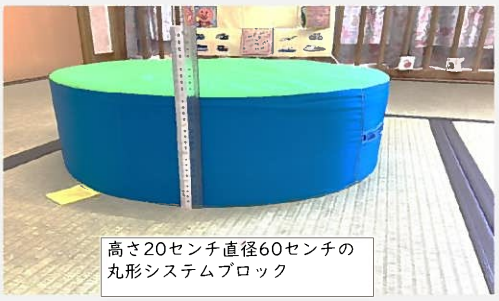
事例Ⅰ　～事故を振り返り分析してみよう～

【事故】0歳児（１歳６か月）遊んでいる際によじ登っていたシステムブロックより転落「右鎖骨骨折」の重大事故となった。
【状況】
・保育室で園児5名、保育士2名で過ごしていた。丸い台座型のシステムブロックを出して遊んでいた。園児１名が保育士の膝に座っていた。本児は丸いシステムブロックの上にうつぶせの形で乗っていたが、保育士が膝に座っている子に気を取られている間に畳の上に滑り落ちた。少しして、本児が首のあたりをさすり泣き始めた。

5



6



高さ20センチ直径60センチの
丸形システムブロック

7

ソフト面・・・ルール、マニュアル　手順、連絡方法

SHELL分析	要因	対策
S （ソフト面）	・0歳児がシステムブロックを使用する際の安全基準が明確ではなかった。 ・遊具選定に関する年齢別のルールや確認が不十分。 ・高さのある遊具使用時の見守り方の理解が不足していた。	・年齢や発達にあった体を使った遊びができるようにする。（遊具の選定） ・年齢にあっていない高さのある遊具は撤去し遊びの設定を見直す。 ・遊具を使用する際には、安全な使用方法や見守り方を話し合う。 ・事故報告を職員で共有する。

8

ハード面・・・設備、遊具、備品　　園舎の構造

SHELL分析	要因	対策
H （ハード面）	・システムブロックが0歳児の発達段階に適していなかった。 ・遊びの環境設定が不十分だった。 ・転落時の衝撃を吸収するマット等が不十分だった。 ・ブロックの高さや配置に危険があった。	・年齢にあっていない高さのある遊具は撤去し遊びの設定を見直す。 ・システムブロックは使用しない。 ・安全のために周囲にマットを敷くなどの対策を行う。 ・発達段階にあった遊具選択の徹底。

9

環境面・・・気温、天候、騒音、混雑状況、時間帯

SHELL分析	要因	対策
E （環境面）	・複数の0歳児が同時に活動し、職員の注意が分散しやすい状況であった。 ・遊びのスペースは見渡しやすい状況ではあったがほかの園児に気がとられていた。 ・システムブロックの危険性に気付いていなかった。	・動的な遊びと静的な遊びのゾーン分けをする。 ・職員から死角にならないか、目を離していないか、職員が連携して関わる。 ・日常的に活動を振り返るなど職員間の打ち合わせを行う。（システムブロックを危険と感じることはなかったのか。）

10

人的面・・保育士、子ども、保護者など人に関する要因

SHELL分析	要因	対策
L （人的面）	・園児が遊びたいといったから設定をしたが、危険予測が足りず対応を考えていなかった。 ・身体を使う遊びをするのであれば、膝に園児を座らせておくのではなく、いつでも体を支えられるように動ける体制を取るべきであった。 ・見守りの分担が不明確だった。 ・職員が他児にかかわっており、ケガをした園児への注視が途切れた。	・マットや体を使う遊びをするのであれば、すぐにこどもの体を支えられるよう、側につき手を添え、身体を支えていく。 ・こどもの動きを予測し、職員で声をかけ、見守りが不足するのであれば、その遊びはすぐに中止する。 ・職員間で声を掛け合う体制づくり。

11

事故の振り返り

・0歳児に適さないシステムブロックを使用したこと

・危険遊具使用時の見守り体制が不十分だったこと

・遊びの環境設定や職員の関わり方の理解不足

・職員の役割分担が明確ではなかったこと

12

【再発防止のための園の取り組み】

・事故現場を確認し、年齢や発達に合ってない遊具を撤去をした。0歳児クラスの設定を見直し、発達に合った保育内容についての話し合いを行った。
・担当職員一人一人と面談をし、その中で「危ないと思ったが言えなかった。率先して動けばよかった」「今まではけがにつながらなかった」など予測の甘さや複数担任ならではの遠慮等が聞かれたため、クラス会議を行い「一番はこどものことを考えること、声を掛け合い互いに指摘しあうことが大事だ」と確認した。
・遊びの様子や、生活の様子などを第三者の視点で観察し、その都度助言、指導を行った。見られていることやクラス会議や面談を重ねたことで職員も意識し行動が変わった。
・園内研修の中で事故防止についての研修を行い、少しの油断がケガへつながることや、危険予測をすることの必要性を園全体で確認し具体的な事例を出し合い話し合った。

13

事例２　～事故を振り返り分析してみよう～

【園児置き去りや見失い】

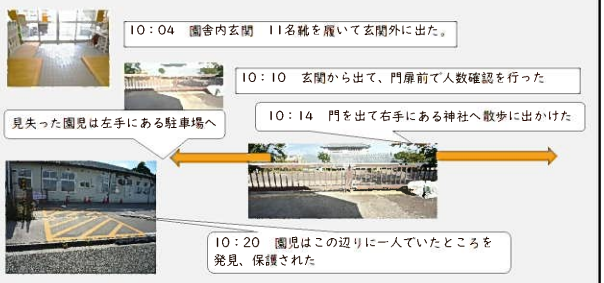
【状況】
2歳児１１名、職員3名で神社に散歩に出かける。
玄関を出て、門扉の手前で１１名であることを確認した。
出かけようとした直前に3名の園児が他方向へ走り出したため、職員１名が追いかけ対応した。
3名の園児が戻り、再度の人数確認をしないまま、神社に向かった。
神社に到着後に改めて人数確認をしたところ、１名いないことに気が付く。
職員の携帯電話には保育園からの着信があり、園で見失った園児が保護されていることを知った。

14

【状況２】
調理員が、保護者用駐車場にいた本児を発見。園児を保護した。
その後、園から散歩に出かけている職員の携帯電話に保護したことを知らせるために連絡した。

散歩に出発してから、保護されるまで6分経過していた。

15



16

ソフト面・・・ルール、マニュアル　手順、連絡方法

SHELL分析	要因	対策
S （ソフト面）	・出発後に3名の園児が列から離れてしまった。その後は人数を確認していない。 ・人数確認のルールが不明確だった。 ・園外に出る際のチェックリスト、お散歩　園児数確認メモは実施していたがイレギュラー発生時のて手順の理解不足があった。	・3名が列に合流後に再度人数確認を行う。 ・散歩時の人数確認のポイントを明確化する。 ・園児を追う職員、全体を見る職員など役割分担をしっかりと行う。

17

ハード面・・・設備、遊具、備品　　園舎の構造

SHELL分析	要因	対策
H （ハード面）	・門を出た後に右手に進んだ。左方向は死角となり見ている職員がいなかった。 ・門の開け閉めに気を取られた。	・職員の役割分担の中で、先頭、中間、最後尾の配置担当や役割決め、また、飛び出しにつながりかねない園児の担当を決める。 ・園児の並び順をあらかじめ決めておく。

18

環境面・・・気温、天候、騒音、混雑状況、時間帯

SHELL分析	要因	対策
E （環境面）	・出発時て園児の気持ちが高揚していた。 ・出発直後は最も事故発生リスクが高い。 ・2歳児は目的地より移動の途中で注意がそれやすい	・気持ちを落ち着けて散歩に行くことができるよう、働きかけを行う。 ・出発時は見守りを強化する。

19

人的面・・保育士、子ども、保護者など人に関する要因

SHELL分析	要因	対策
L （人的面）	・3名の園児への対応により集団全体への注意が低下した。 ・職員間での園児の配置や人数について共通認識が十分ではなかった。 ・出発時に人数確認をしているという認識から、その後の確認が不足した。 ・出発前の状況から、散歩に出かけることを見直す必要があった。	・園児の人数確認は全職員が行う。（予定外なことが起こった時や場面が変わるときなど）チェックリストにないタイミングでも確認する。 ・園児の先頭で誘導する職員が門を開け、最後尾の職員が門を閉める。 ・園外保育の事故防止チェックリストによる園児の確認を徹底する。 ・職員一人一人に園児の安全を守る責任があることを話し合った。状況を見て散歩に行くかどうかの正しい判断をする。

20

見失い事故の振り返り

・3名の園児への対応により、集団全体への注意が低下した。
・職員間で園児の配置や人数確認についての共通認識が十分でなかった。
・出発時に人数確認をしていることから、その後の確認が不足した可能性がある。
・園児が1名いないことに気付かなかった。
→園児の状況によっては散歩の取りやめの判断も必要だったのではないか。

21

園の対応と再発防止の取り組み

・見失ってしまった園児保護者に謝罪
・全園児保護者に状況の説明と謝罪
・職員で見失い事故について話し合いを行い再発防止についてまとめ、共有する。

22

ＳＨＥＬＬ分析の保育施設での使い方

ヒヤリハット会議（事故の振り返り会議）等で
１、事例を1件選ぶ。
２、ＳＨＥＬＬの4項目で気付いた項目に要因を記入。
（付箋を活用しても）
３、要因を分類する。
４、改善策を考える。

23

具体的で実行可能な再発防止策を！

24

令和8年度　新潟市保育関係者合同研修会

保育施設のの事故防止の取り組み

「リスクマネジメントクラブについて」

25

リスクマネジメントクラブって？

・保育の質の向上を目指し、園内で様々なグループに分かれて主体的に取り組んでいます。事故防止のための取り組みを行っています。

事故防止の取り組みで大事なことって何だろう？

・慣れが一番危険　・小さな違和感を共有する　・園児の行動を予想する
・園児（職員）の体づくり　・ヒヤリハットを活用しながら事故を未然に防ぐ
・職員同士で声を掛け合う　・大丈夫だろうをなくす

具体的にどんなことを行っているの？

・事故を防ぐために保育園の職員が園内の危険個所を見つけて改善しています。
・園児や職員がケガをしないよう、楽しい遊びを通して体づくりに取り組んでいます。

26

リスクマネジメントクラブの取り組み

暑さがやわらぎ、園庭遊びを楽しめるようになりました。
鉄棒下のマットやタイムトンネル下のマットがもりあがり、こどもたちが、時々マットにつまずく姿が見られるようになり…
そこでリスクマネジメントクラブが主体となり、マットを埋める作業をしました！

改善後





土を掘ってマットを埋めていきます

改善後



27





コンセントをかけるフックを取り付けました。

改善後



幼児組トイレの洗濯機のコンセントが排水溝のほうに垂れ下がっていることがあり、
コンセントが濡れてしまう可能性もある為、コンセント掛けをつくりました。

28

ケガをしない体づくり
～ケガ対策にはバランス感覚を育てる！～

掲示して、保護者発信



新潟市の本年度の事故報告をみてみると「**自らの転倒・衝突によるもの**」が多くあります。
この結果からみて、ケガを未然に防ぐ環境を整えることはもちろん、**ケガをしない、転ばない体づくり**も事故予防には大切です。



ドアはスイッチを押せば自動で開く、水道も自動で水が出る、掃除、洗濯、そして遊びも機械と向き合いボタンを押すだけ！…どんどん便利になっていく世の中です。
「握る」「つまむ」動作が日常で減少することは、**握力や指先の感覚低下、力加減の感覚や手首の柔軟性がしぜんに衰える**ことを引き出しています。このことは、鉄棒などの器具遊びやボール遊びにも影響を及ぼします。
何より手首の柔軟性がないと、転倒した時に手は出ても、手首をケガしてしまいます。
そうなると、顔から落ちて、自分の顔を自分で守れないこともあり得るのです。

⇒バランス感覚はすぐに身につきません…
無理なく、継続して家庭でも運動あそびを楽しみましょう！

29

バランス感覚を育てる運動遊び

～年齢や発達に応じて、ゲーム感覚で♪家族みんなで運動あそびを楽しみましょう！～

★ラインワーク



★バランスゲーム



掲示して園児保護者に発信

★手押し相撲



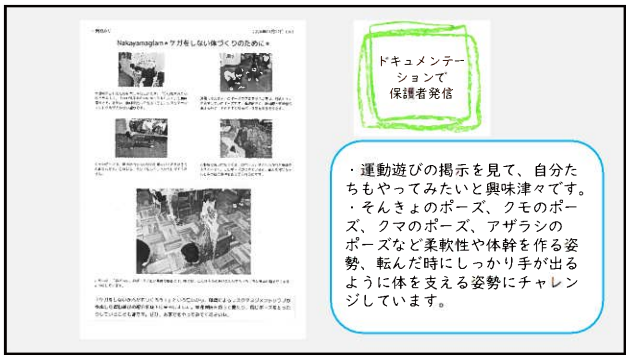
★かかしに変身！



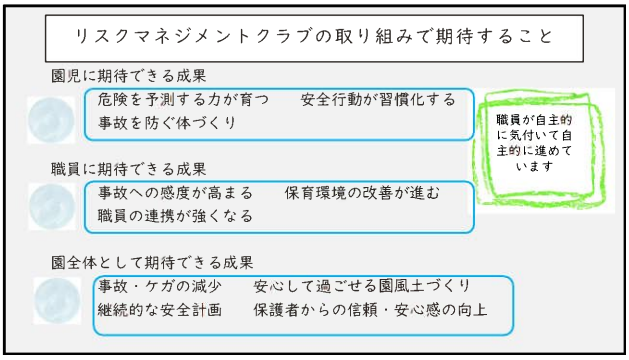
30



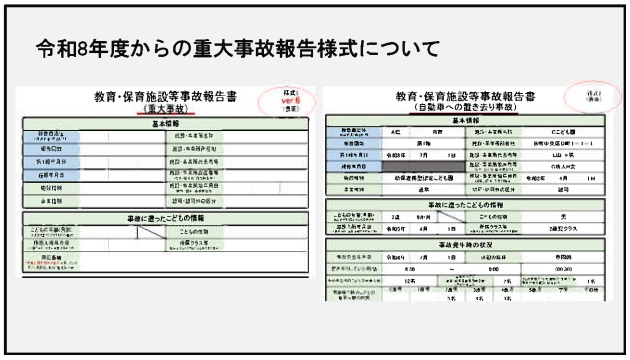
31



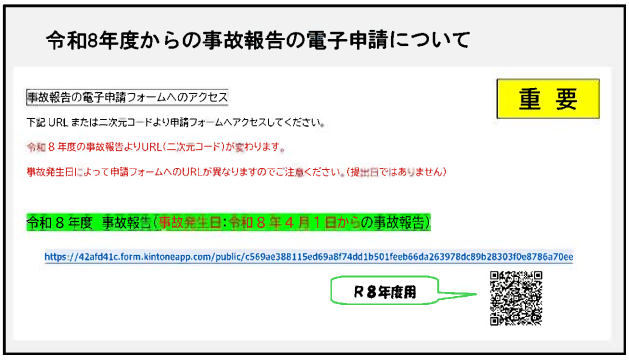
32



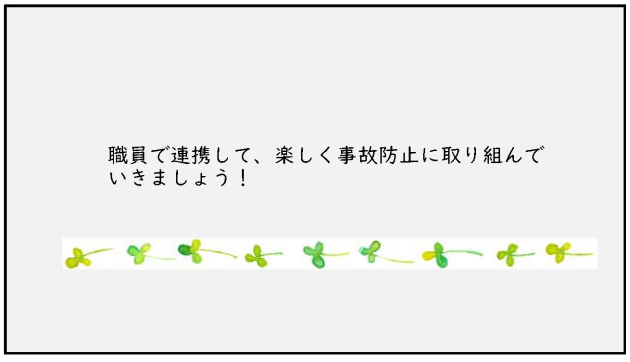
33



34



35



36