

事 務 連 絡
令 和 5 年 7 月 4 日

各 $\left[\begin{array}{cccc} \text{都} & \text{道} & \text{府} & \text{県} \\ \text{指} & \text{定} & \text{都} & \text{市} \\ \text{中} & & \text{核} & \text{市} \end{array} \right]$ 障害児支援主管部（局） 御中

こども家庭庁支援局障害児支援課

障害児通所支援事業所等における安全計画の策定に関する留意事項等について

第 208 回国会で可決・成立した児童福祉法等の一部を改正する法律（令和 4 年法律第 66 号）において、都道府県等が条例で定めることとされている児童福祉施設等の運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準に従わなければならないこととする改正が行われました。また、令和 4 年 9 月には、静岡県牧之原市において、認定こども園の送迎バスに置き去りにされたこどもが亡くなるという大変痛ましい事案も発生しております。

こうした中、上記改正を受け、「児童福祉施設の設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和 4 年厚生労働省令第 159 号）」において、障害児通所支援事業所、障害児入所施設等（以下「事業所等」という。）については、令和 5 年 4 月 1 日より安全に関する事項についての計画（以下「安全計画」という。）を各事業所等において策定すること（令和 5 年 4 月 1 日から 1 年間は努力義務とし、令和 6 年 4 月 1 日から義務化）とされたところです¹。

事業所等における安全の確保に関する取組については、既に児童発達支援ガイドライン、放課後等デイサービスガイドライン等において示しているところですが、今般、安全計画を各事業所等に策定いただくに当たり、既存の取組を踏まえた留意事項等を以下のとおり整理していますので、各都道府県・指定都市・中核市の担当部局におかれては、当該内容を十分御了知の上、貴管内の事業所等に対して遺漏なく周知していただくようお願いいたします。

¹ 児童発達支援センター等の児童福祉施設に対し、安全計画の策定を義務付けている児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号）第 6 条の 3 の規定については、同令第 1 条第 1 項第 3 号の規定により、都道府県等が条例を定めるに当たって従うべき基準となっている。

記

【新省令に基づく安全計画策定の規定内容について】

- 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和 4 年厚生労働省令第 159 号）の規定による改正後の児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号。以下「設備運営基準」という。）、児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 15 号。以下「通所支援基準」という。）及び児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 16 号。以下「入所施設基準」という。）に基づき全ての事業所等は、令和 5 年 4 月より当該事業所等を利用する児童の安全を確保するための取組を計画的に実施するための計画を策定しなければならない。（設備運営基準第 6 条の 3 第 1 項、通所支援基準第 40 条の 2 第 1 項、入所施設基準第 37 条の 2 第 1 項）
- 安全計画では、事業所等の設備の安全点検の実施に関すること、従業者や児童に対し、事業所内での支援時はもちろん、散歩等の事業所外活動時や、事業所等が車両による送迎を実施している場合における車両での運行時など事業所外での活動、取組等においても、安全確保ができるために行う指導に関すること、安全確保に係る取組等を確実にを行うための従業者への研修や訓練に関することなどを計画的に行うためのものであることが求められる。（設備運営基準第 6 条の 3 第 1 項、通所支援基準第 40 条の 2 第 1 項、入所施設基準第 37 条の 2 第 1 項）
- 策定した安全計画について、管理者など事業所等の運営を管理すべき立場にある者（以下「管理者等」という。）は、実際に児童に支援を提供する従業者に周知するとともに、研修や訓練を定期的の実施しなければならない。（設備運営基準第 6 条の 3 第 2 項、通所支援基準第 40 条の 2 第 2 項、入所施設基準第 37 条の 2 第 2 項）
- 管理者等は、利用する児童の保護者等に対し、家庭での安全教育の実施等を促すなど児童の安全に関する連携を図るため、事業所での安全計画に基づく取組の内容等を通所開始時等の機会において説明を行うなどにより周知しなければならない。（設備運営基準第 6 条の 3 第 3 項、通所支援基準第 40 条の 2 第 3 項）
- 管理者等は、PDCA サイクルの観点から、定期的に安全計画の見直しを行うとともに、必要に応じて安全計画の変更を行うものとする。（設備運営基準第 6 条の 3 第 4 項、通所支援基準第 40 条の 2 第 4 項、入所施設基準第 37 条の

2 第3項)

【安全計画の策定について】

- 事業所等は、安全確保に関する取組を計画的に実施するため、各年度において、当該年度が始まる前に、事業所の設備等の安全点検や、事業所外での活動等を含む事業所等での活動、取組等における従業者や児童に対する安全確保のための指導、従業者への各種訓練や研修等の児童の安全確保に関する取組についての年間スケジュール（安全計画）を定めること。（具体的な安全計画のイメージについては、「事業所安全計画例」[別添資料3](#)などを参考の上で作成すること）
- 安全計画の作成に当たっては、「いつ、何をなすべきか」を「事業所等が行う児童の安全確保に関する取組と実施時期例」[別添資料4](#)などを参考に整理し、必要な取組を安全計画に盛り込むこととする。
- 以上の一連の対応を実施することをもって事業所等における安全計画の策定を行ったこととする。

【児童の安全確保に関する取組について】

- 児童の安全確保のために行うべき取組については、児童発達支援ガイドライン、放課後等デイサービスガイドライン、障害児入所施設運営指針、マニュアル（バス送迎の安全管理マニュアル²）等に基づき取組が既になされていることが想定されるものや、学校保健安全法（昭和33年法律第56号）の規定に基づく安全計画（以下「学校安全計画」という。）の策定など幼稚園の取組内容等を踏まえ、以下のようなものが考えられる。

なお、当該内容は例示であって、地域や各事業所等の特性に応じ、独自に取り組む安全対策等を行うことを否定するものではない点に留意されたい。

①安全点検について

（1）事業所・設備の安全点検

- ・ 事業所等の設備等（備品、遊具等や防火設備、避難経路等）定期的³に、文書として記録⁴した上で、改善すべき点を改善すること
- ・ 点検先は事業所内のみならず、散歩コースや公園など定期的に利用する場所も含むこと

² こどものバス送迎・安全管理マニュアル（令和4年10月）

³ 学校安全計画は毎学期1回以上（年に3回目途）とされている

⁴ 事故防止等マニュアルでは年齢別のチェックリストの作成が奨励されている

(2) マニュアルの策定・共有

- ・ 通常支援時において、児童の動きを常に把握するための役割分担を構築すること
- ・ リスクが高い場面（午睡、食事、プール・水遊び、事業所外活動、バス送迎）での従業者が気をつけるべき点、役割分担を明確にすること
- ・ 緊急的な対応が必要な場面（災害、不審者の侵入、火事（119 番通報））を想定した役割分担の整理と掲示、保護者等への連絡手段の構築、地域や関係機関との協力体制の構築などを行うこと
- ・ これらをマニュアルにより可視化して常勤職員だけでなく非常勤職員、補助者も含め、事業所等の全従業者に共有すること

②児童・保護者への安全指導等

(1) 児童への安全指導

- ・ 児童の発達や能力に応じた方法で、児童自身が事業所等の生活における安全や危険を認識すること、災害や事故発生時の約束事や行動の仕方について理解させるよう努めること
- ・ 地域の関係機関と連携し、交通安全について学ぶ機会を設けること

(2) 保護者への説明・共有

- ・ 保護者自身が安全に係るルール・マナーを遵守することや、バスや自転車通所の保護者には、交通安全・不審者対応について児童が通所時に確認できる機会を設けてもらうことなど児童が家庭で安全を学ぶ機会を確保するよう依頼すること
- ・ 保護者に対し、安全計画及び事業所等が行う安全に関する取組の内容を説明・共有すること
- ・ また、児童の安全の確保に関して、保護者との円滑な連携が図られるよう、安全計画及び事業所等が行う安全に関する取組の内容について、公表しておくことが望ましいこと

③実践的な訓練や研修の実施

- ・ 避難訓練は、地震・火災だけでなく、地域特性に応じた様々な災害を想定して行うこと。
- ・ 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）の実技講習を定期的に受け、事業所内でも訓練を行うこと
- ・ 不審者の侵入を想定した実践的な訓練や 119 番の通報訓練を行うこと
- ・ 自治体が行う研修・訓練やオンラインで共有されている事故予防に資する

研修動画などを活用した研修を含め、研修や訓練は常勤職員だけでなく非常勤職員も含め、事業所等の全従業者が受講すること

④再発防止の徹底

- ・ ヒヤリ・ハット事例の収集及び要因の分析を行い、必要な対策を講じること
- ・ 事故が発生した場合、原因等を分析し、再発防止策を講じるとともに、①（１）の点検実施箇所や①（２）のマニュアルに反映した上で、従業者間の共有を図ること

【安全確保に関する取組を行うに当たっての留意事項】

- リスクの高い場面（午睡、食事、プール・水遊び、事業所外活動、車両送迎等）での対応を含む事業所内外での事故を防止するための、従業者の役割分担等を定めるマニュアルや、緊急的な対応が必要な場面（災害、不審者侵入等）時における従業者の役割分担や保護者への連絡手段等を定めるマニュアルの策定が不十分である場合は、速やかに策定・見直しを行うこと

- 事業所内活動時はもちろん、散歩などの事業所外活動時においては特に、常に児童の行動の把握に努め、従業者間の役割分担を確認し、見失うことなどがないよう留意すること

その際、保育所等での児童の見落とし等の発生防止に関して発出されている事務連絡のうち、「保育所等における園外活動時の安全管理に関する留意事項」[別添資料5](#)や「園児の見落とし等の防止に関する各自治体の取組例や実例を踏まえた留意事項」[別添資料6](#)が参考となるので、参照すること

- 児童を取り巻く多様な危険を的確に捉え、その発達の段階や地域特性に応じた取組を継続的に着実に実施する必要があること。例えば、災害については、地震、風水害、火災に留まらず、土砂災害、津波、火山活動による災害、原子力災害などを含め、地域の実情に応じて適切な対応に努められたいこと
- 事業所等において、車両による送迎を実施している場合についても、事業所等が実施し、提供するサービスである以上は、支援提供時間外であるとしても、常に児童の行動の把握に努め、従業者間の役割分担を確認し、児童の見落としなどがないよう対応が必要であること

このため、前述のバス送迎の安全管理マニュアルについて、既にある事業所等のマニュアルに追加して使用する、マニュアルを見直す際に参考にするなど、各事業所等での取組の補助資料として活用し、車両送迎の安全管理を徹底すること

また、令和5年4月より、事業所等において、①降車時等に点呼等により児

童の所在を確認すること、②送迎用車両への安全装置の装備（②については児童発達支援事業所、児童発達支援センター、放課後等デイサービス事業所を対象とする）を義務づけており、別途示している内容に沿って引き続き適切に対応すること（別添資料 7）（第三留意事項の 2 及び 3 を参考）

- 都道府県、指定都市、中核市は、新省令の規定に基づき事業所等が安全計画を策定し、当該計画に基づく安全確保のための取組を行っているかを指導・監査する必要があるが、当該指導・監査は、「指定障害児通所支援事業者等の指導監査について」（平成 26 年障発 0328 第 4 号厚生労働省社会・援護局障害保健副支部長通知）の別添 1「指定障害児通所支援等事業者等指導指針」における（別紙）「主眼事項及び着眼点等」の着眼点の欄中の「（1）指定児童発達支援事業者は、障害児の安全の確保を図るため、指定児童発達支援事業所ごとに、当該指定児童発達支援事業所の設備の安全点検、従業者、障害児等に対する事業所外での活動、取組等を含めた児童発達支援事業所での生活その他の日常生活における安全に関する指導、従業者の研修及び訓練その他指定児童発達支援事業所における安全に関する事項についての計画（以下「安全計画という。」）を策定し、当該安全計画に従い必要な措置を講じているか。」の規定に基づき実施すること。

- 別添資料 1 児童福祉法関連 参照条文
別添資料 2 学校保健安全法関連 参照条文
別添資料 3 事業所等安全計画例
別添資料 4 事業所等が行う児童の安全確保に関する取組と実施時期例
別添資料 5 保育所等における園外活動時の安全管理に関する留意事項
別添資料 6 園児の見落とし等の防止に関する各自治体の取組例や実例を踏まえた留意事項
別添資料 7 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令について（通知）

以上

○本件についての問合せ先
こども家庭庁 支援局 障害児支援課 基準・指導係
T E L : 03 - 6861 - 0068
E-mail : shougaishien.kijunshidou@cfa.go.jp

児童福祉法関連 参照条文

児童福祉法¹（昭和 22 年法律第 164 号）（抜粋）

第四十五条 都道府県は、児童福祉施設の設備及び運営について、条例で基準を定めなければならない。この場合において、その基準は、児童の身体的、精神的及び社会的な発達のために必要な生活水準を確保するものでなければならない。

② 都道府県が前項の条例を定めるに当たっては、次に掲げる事項については内閣府令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については内閣府令で定める基準を参酌するものとする。

一・二 （略）

三 児童福祉施設の運営に関する事項であつて、保育所における保育の内容その他児童（助産施設にあつては、妊産婦）の適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持、妊産婦の安全の確保並びに児童の健全な発達に密接に関連するものとして内閣府令で定めるもの

③～⑥ （略）

児童福祉施設の設備及び運営に関する基準²（昭和 23 年厚生省令第 63 号）（抜粋）
（趣旨）

第一条 児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号。以下「法」という。）第四十五条第二項の厚生労働省令で定める基準（以下「設備運営基準」という。）は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める規定による基準とする。

一・二 （略）

三 法第四十五条第一項の規定により、同条第二項第三号に掲げる事項について都道府県が条例を定めるに当たつて従うべき基準 第六条の三、第九条から第九条の三まで、第九条の五、第十条第三項、第十一条、第十四条の二、第十五条、第十九条第一号（調理室に係る部分に限る。）、第二十六条第二号（調理設備に係る部分に限る。）、第三十二条第一号（調理室に係る部分に限る。）

¹ 児童福祉法等の一部を改正する法律（令和 4 年法律第 66 号）に基づく令和 5 年 4 月施行時点のもの

² 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和 4 年厚生労働省令第 159 号）に基づく令和 5 年 4 月施行時点のもの

(第三十条第一項において準用する場合を含む。)及び第五号(調理室に係る部分に限る。)(第三十条第一項において準用する場合を含む。)、第三十二条の二(第三十条第一項において準用する場合を含む。)、第三十五条、第四十一条第一号(調理室に係る部分に限る。)(第七十九条第二項において準用する場合を含む。)、第四十八条第一号(調理室に係る部分に限る。)、第五十七条第一号(給食施設に係る部分に限る。)、第六十二条第一号(調理室に係る部分に限る。))及び第六号(調理室に係る部分に限る。)、第六十八条第一号(調理室に係る部分に限る。))並びに第七十二条第一号(調理室に係る部分に限る。)の規定による基準

四 (略)

2・3 (略)

(安全計画の策定等)

第六条の三 児童福祉施設(助産施設、児童遊園及び児童家庭支援センターを除く。以下この条において同じ。)は、児童の安全の確保を図るため、当該児童福祉施設の設備の安全点検、職員、児童等に対する施設外での活動、取組等を含めた児童福祉施設での生活その他の日常生活における安全に関する指導、職員の研修及び訓練その他児童福祉施設における安全に関する事項についての計画(以下この条において「安全計画」という。)を策定し、当該安全計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 児童福祉施設は、職員に対し、安全計画について周知するとともに、前項の研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- 3 保育所は、児童の安全の確保に関して保護者との連携が図られるよう、保護者に対し、安全計画に基づく取組の内容等について周知しなければならない。
- 4 児童福祉施設は、定期的に安全計画の見直しを行い、必要に応じて安全計画の変更を行うものとする。

児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準 (平成24年厚生労働省令第15号)(抜粋)
--

(趣旨)

第一条 児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号。以下「法」という。）第二十一条の五の四第二項、第二十一条の五の十七第二項及び第二十一条の五の十九第三項の厚生労働省令で定める基準は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める規定による基準とする。

一 ～ 九 （略）

十 法第二十一条の五の十九第二項の規定により、同条第三項第三号に掲げる事項について都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準 第十二条（第六十四条、第七十一条、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）、第十四条（第六十四条、第七十一条、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）、第三十八条の二（第六十四条、第七十一条、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）、第四十条の二（第五十四条の五、第五十四条の九、第六十四条、第七十一条、第七十一条の二、第七十一条の六、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）、第四十条の三第一項（第五十四条の五、第五十四条の九、第六十四条、第七十一条、第七十一条の二、第七十一条の六、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）、第四十条の三第二項（第五十四条の五、第五十四条の九、第六十四条、第七十一条、第七十一条の二及び第七十一条の六において準用する場合を含む。）、第四十一条第二項（第六十四条、第七十一条、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）、第四十四条（第六十四条、第七十一条、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）、第四十五条（第六十四条、第七十一条、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）、第四十七条（第六十四条、第七十一条、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）及び第五十二条（第六十四条、第七十一条、第七十一条の十四及び第七十九条において準用する場合を含む。）の規定による基準

十一・十二 （略）

(安全計画の策定等)

第四十条の二 指定児童発達支援事業者は、障害児の安全の確保を図るため、指定児童発達支援事業所ごとに、当該指定児童発達支援事業所の設備の安全

点検、従業者、障害児等に対する事業所外での活動、取組等を含めた指定児童発達支援事業所での生活その他の日常生活における安全に関する指導、従業者の研修及び訓練その他指定児童発達支援事業所における安全に関する事項についての計画（以下この条において「安全計画」という。）を策定し、当該安全計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定児童発達支援事業者は、従業者に対し、安全計画について周知するとともに、前項の研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- 3 指定児童発達支援事業者は、障害児の安全の確保に関して保護者との連携が図られるよう、保護者に対し、安全計画に基づく取組の内容等について周知しなければならない。
- 4 指定児童発達支援事業者は、定期的に安全計画の見直しを行い、必要に応じて安全計画の変更を行うものとする。

児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準

（平成 24 年厚生労働省令第 16 号）（抜粋）

第一条 児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号。以下「法」という。）第二十四条の十二第三項の厚生労働省令で定める基準は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める規定による基準とする。

二 （略）

三 法第二十四条の十二第二項の規定により、同条第三項第三号に掲げる事項について都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準 第六条（第五十七条において準用する場合を含む。）、第七条（第五十七条において準用する場合を含む。）、第二十五条第五項（第五十七条において準用する場合を含む。）、第三十条（第五十七条において準用する場合を含む。）、第三十五条の二（第五十七条において準用する場合を含む。）、第三十七条の二（第五十七条において準用する場合を含む。）、第三十七条の三（第五十七条において準用する場合を含む。）、第三十八条第二項（第五十七条において準用する場合を含む。）、第四十一条から第四十四条まで（第五十七条において準用する場合を含む。）及び第四十九条（第五十七条において準用する場合を含む。）の規定による基準

（安全計画の策定等）

第三十七条の二 指定福祉型障害児入所施設は、障害児の安全の確保を図るため、当該指定福祉型障害児入所施設の設備の安全点検、従業者、障害児等に対する施設外での活動、取組等を含めた指定福祉型障害児入所施設での生活その他の日常生活における安全に関する指導、従業者の研修及び訓練その他指定福祉型障害児入所施設における安全に関する事項についての計画（以下この条において「安全計画」という。）を策定し、当該安全計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定福祉型障害児入所施設は、従業者に対し、安全計画について周知するとともに、前項の研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
- 3 指定福祉型障害児入所施設は、定期的安全計画の見直しを行い、必要に応じて安全計画の変更を行うものとする。

(別添資料 2)

学校保健安全法関連 参照条文

学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）（抜粋）

（学校安全計画の策定等）

第二十七条 学校においては、児童生徒等の安全の確保を図るため、当該学校の施設及び設備の安全点検、児童生徒等に対する通学を含めた学校生活その他の日常生活における安全に関する指導、職員の研修その他学校における安全に関する事項について計画を策定し、これを実施しなければならない。

◎安全点検

(1) 施設・設備・園外環境（散歩コースや緊急避難先等）の安全点検

月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
重点点検箇所						
月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
重点点検箇所						

(2) マニュアルの策定・共有

分野	策定期期	見直し（再点検）予定時期	掲示・管理場所
重大事故防止マニュアル	年 月 日	年 月 日	
☐ 午睡	年 月 日	年 月 日	
☐ 食事	年 月 日	年 月 日	
☐ プール・水遊び	年 月 日	年 月 日	
☐ 園外活動	年 月 日	年 月 日	
☐ バス送迎（※実施している場合のみ）	年 月 日	年 月 日	
☐ 降雪（※必要に応じ策定）	年 月 日	年 月 日	
災害時マニュアル	年 月 日	年 月 日	
119 番対応時マニュアル	年 月 日	年 月 日	
救急対応時マニュアル	年 月 日	年 月 日	
不審者対応時マニュアル	年 月 日	年 月 日	

◎児童・保護者に対する安全指導等

(1) 児童への安全指導（事業所の生活における安全、災害や事故発生時の対応、交通安全等）

	4~6 月	7~9 月	10~12 月	1~3 月
乳児・1歳以上 3歳未満児				
3歳以上児				

(2) 保護者への説明・共有

4~6 月	7~9 月	10~12 月	1~3 月

◎訓練・研修

(1) 訓練のテーマ・取組

月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
避難 訓練等 ※ 1						
その他 ※ 2						
月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
避難 訓練等						
その他 ※ 1						

※ 1 「その他」・・・「避難訓練等」以外の 119 番通報、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）、不審者対応、送迎バスにおける見落とし防止等

(2) 訓練の参加予定者（全員参加を除く。）

訓練内容	参加予定者

(3) 職員への研修・講習（事業所内実施・外部実施を明記）

4~6 月	7~9 月	10~12 月	1~3 月

(4) 行政等が実施する訓練・講習スケジュール ※所属する自治体・関係団体等が実施する各種訓練・講習スケジュールについて参加目途にかかわらずメモする

--

◎再発防止策の徹底（ヒヤリ・ハット事例の収集・分析及び対策とその共有の方法等）

--

◎その他の安全確保に向けた取組（地域住民や地域の関係者と連携した取組、登降園管理システムを活用した安全管理等）

--

(別添資料4)

事業所等が行う児童の安全確保に関する取組と実施時期例

実施時期	取組内容
年度始め ※取組が不十分の場合は 速やかに	・園内外の安全点検に関する年間スケジュールを定める ・リスクが高い局面や緊急時の行動マニュアルを策定（見直し）し、職員間に共有、必要に応じ、掲示すること ・各種訓練（災害・救急対応・不審者対応・119番通報）の実施に関する年間スケジュールを定める ・自治体が実施する年間の研修を把握し、参加スケジュールを確認する ・職員の採用時等の研修機会確保のため、オンライン研修等の手段をあらかじめ把握する ・保護者に園での安全対策を共有するとともに、家庭内での安全教育の実施を依頼する ・児童への交通安全を含む安全指導のため、地域の関係機関とも連携し、年齢別の指導方法を定める
6月頃	・水遊び・プール活動のマニュアルを職員に再周知・共有するとともに、必要に応じてマニュアルを見直す
11月頃	・降雪時等の屋外での活用のマニュアルを職員に再周知・共有するとともに、必要に応じてマニュアルを見直す
随時 ※職員の採用時又は児童 の入園時	・職員の採用時等にオンライン研修等の受講機会を設ける ・保護者に園での安全対策を共有するとともに、家庭内での安全教育の実施を依頼する（再掲）
事故発生時 ※ヒヤリ・ハット事案 含む	・発生した事案の分析と再発防止策を検討し、安全点検やマニュアルに反映するとともに、職員・保護者に周知する

保育所等における園外活動時の安全管理に関する留意事項

令和元年 6 月 21 日

厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室
厚生労働省子ども家庭局保育課

保育所等における散歩等の園外活動は、保育において、子どもが身近な自然や地域社会の人々の生活に触れ、豊かな経験を得る機会を設ける上で重要な活動である。

この園外活動が、安全に配慮された上で積極的に行われるよう、保育所保育指針（平成 29 年厚生労働省告示第 117 号）及びその解説において示している内容とあわせ、安全管理に関する留意事項を以下のとおりお示しする。

1. 保育所等における園外活動について

- 保育所等において、散歩等の園外活動を行うことは、子どもが身近な自然や地域社会の人々の生活に触れ、豊かな体験を得る機会を設ける上で重要である。
- 園外活動を行う際には、子どもの発達やその時々の状態を丁寧に把握し、一人一人の子どもにとって無理なく充実した体験となるよう、指導計画に基づいて実施することが重要である。
- この上で、園外活動の際には、公園等の目的地や保育所等までの移動時も含めて、安全に十分配慮することが必要となる。
- 子どもの発達によって、身体の大きさ・運動能力・視野等の周囲の状況の認知の特性、交通ルール理解等は変わってくる。園外活動の計画時、実際の活動時を通じて、乳幼児の特性を踏まえた対策をとることが重要である。

2. 園外活動における具体的な安全管理の取組

（安全に園外活動を行うための取組）

- 園外で活動する場合、活動場所、活動状況等が極めて多岐にわたるため、子どもの発達や活動場所等の特性に応じた安全管理が必要となる。目的地や経路について事前に安全の確認を行い、職員間で情報を共有するとともに、園外活動時の職員体制とその役割分担、緊急事態が発生した場合の連絡方法等について検討し、必要な対策を実施する。

※ 園外活動における具体的な安全管理の取組の例として、特に保育所等で日常的に行われる散歩時の安全管理の取組（例）を別紙 1 に示す。

なお、遠足等の園外活動を行う際も、同様に子どもの安全管理に留意することが重要である。

- 事故防止のために、日常どのような点に留意すべきかについて明確にし、全職員の協力体制の下、日常的な安全点検や安全に関する指導等を積み重ねていくことが重要である。また、あと一步で事故になるところであったというヒヤリ・ハット事例を記録、分析し、事故予防対策に活用することが大切である。

（事故発生時の対応に関する日常の備え）

- 事故が実際に発生してしまった際に適切な対応を行えるよう、緊急時に職員がとるべき措置の具体的内容及び手順を定めたマニュアルを作成し、全職員の共通理解を図る。さらに、職員に対する救急救命講習や、事故対応に関する実践的な訓練及び園内研修の機会を設けるなど、事故発生時の対応についても、日頃より取組を行うことが重要である。
- 緊急時に備えた連絡体制や協力体制を、保護者や消防、警察、医療機関等の関係機関との間で整えておく。緊急時に協力や援助を仰げるよう、日頃から地域の中で様々な機関や人々と関係を築いておくことも大切である。

※ 園外活動を含む保育所等での事故防止及び事故発生時の対応については、「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～施設・事業者向け～」(平成 28 年 3 月) も合わせて確認すること。

・「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～施設・事業者向け～」(平成 28 年 3 月)

https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kyouiku_hoiku/pdf/guideline1.pdf

（子どもに対する安全の指導）

- 子どもが交通安全の習慣（例えば、道路の端を歩くこと、急に走り出さないこと、交通状況を確認すること等）を身に付けることができるよう、日常の生活における具体的な体験を通して、交通ルール（信号に従った行動、横断歩道の使用等）に関心をもたせるなど、年齢に応じた適切な指導を繰り返し行うことが求められる。この際には、地域の関係機関と連携して、子どもが交通安全について学ぶ機会を設けるなど指導の工夫を図るとともに、家庭においても交通安全の習慣を身に付けられるよう、保護者との連携を図ることが重要である。

散歩時の安全管理の取組（例）

(1) 事前準備

- 散歩の経路、目的地における危険箇所の確認
 - ・ 交通量、道路設備、工事箇所等を確認し、事故の危険がある場所の確認を行う。
 - ・ また、危険な動植物と接触する可能性がある場所、不審者との遭遇に注意すべき場所についても確認を行う。
 - ・ 特に、日常的に目的地としていない場所や、前回訪れた際から間隔が空いた場所については、事前の下見を行う。また、経路に変更がないとしても、工事等により危険箇所が新たに発生する場合もあることに留意する。
 - ・ 確認した箇所については、記録を付け、他の職員への情報の共有につなげる。
- 危険箇所等に関する情報の共有
 - ・ 危険箇所の確認を通じて得られた情報を全職員で共有し、認識の共有を図る。
 - ・ 認識の共有に当たっては、危険箇所の一覧表や散歩マップ（目的地までの想定経路、病院・交番・AED 設置場所等の情報を含む。）の作成、現地の写真の活用等の工夫を行うことが考えられる。
 - ・ また、保育所等の周辺の安全に関する情報を、保護者や地域住民、関係機関と共有することも重要である。
- 散歩計画の作成（※散歩計画の例は別紙 2 参照）
 - ・ 散歩の目的地、ねらい、行程（時刻、経路、所要時間）、子どもの人数、引率者等について計画を作成する。
 - ・ この際には、共有された危険箇所を元に、安全な目的地や経路を設定する。
 - ・ 子どもの年齢・人数に応じた職員の配置、位置関係、引率を適切に行うために必要な職員間の役割分担を確認する。

(2) 出発前

- 天気、職員体制、携行品等の確認
 - ・ 当日の天気を確認する。天気にあわせた持ち物等の準備が必要かについても確認する。
 - ・ 事前に作成した散歩計画に、当日の状況（天気、子どもの人数、引率者）を反映する。
 - ・ 職員間で安全対策や子どもに関する事項について、情報共有を行い、役割分担を確認する。

- ・必要な携行品を所持しているか、また、適切に作動するかについて確認を行う。
携行品については、必要に応じて、複数職員で携行する。

※ 携行品の例：救急用品、携帯電話、緊急連絡先リスト、子どもの名簿、
防犯ブザー、ホイッスル、筆記用具等

※ 園ごとの状況に応じ、必ず携行する持ち物、状況に応じて携行する持ち物を整理しておくことも重要。

- ・ベビーカーや散歩バギーの乗車時の安全確認を行う。ブレーキやタイヤの点検を行うとともに、ベルトの使用や適正な乗車人数等、適切な使用方法について確認する。

○ 子どもの状況等の確認

- ・子どもの健康状態を確認の上、散歩参加の可否を判断し、実際に散歩を行う子どもの人数を確認する。
- ・個別に配慮が必要な子どもの有無について確認する。
- ・迷子等の緊急時に備え、出発時の子ども全員の服装を確認する。必要に応じてカメラによる撮影等を行い記録する。
- ・子どもの服装について、安全性、体調、天気や気温等への配慮（裾を踏んで転倒したり、フード等が遊具等に絡まったりひっかかったりする恐れがないか、暑すぎたり寒すぎたりしないか等）といった観点から確認し、衣服の調節を行う。

○ 保育所等に残る職員等に対する情報共有

- ・出発する前に、散歩計画に実際の出発時刻等を記入し、園長等の責任者や保育所等に残る職員と散歩に出発した旨を共有する。

（３）道路の歩き方

○ 道路を歩く際の体制・安全確認等

- ・車道の歩行は避け、歩道の白線の内側、ガードレールの内側を歩く。
- ・職員は子どもの列の前後（加えて人数に応じて列の中）を歩く、職員は子どもより車道側に位置し、子どもが車道から遠い側を歩く等のルールを決め、移動する。
- ・交差点、歩道の切れ目、曲がり角、一時停止場所等では、一時停止し、安全確認を行う。
- ・交差点等で待機する際には、車道から離れた位置に待機する。また、ガードレールの有無等の状況について注意を払う。
- ・道路や踏切の横断時には、特に安全確保に注意を払い、職員の位置取りや子どもの列の組み方、横断に必要な時間等に注意を払う。

- ・ベビーカー等を使用する際には、指、腕、頭を挟んだり、ぶついたりしないよう注意する。また、停止時にはブレーキがかかっていることを確認する。
- ・常に道路周囲の状況、危険物、障害物の有無を確認し、駐車中の車・バイク等、動植物、落ちているごみ等に子どもが触れる可能性に注意を払う。
- ・自動車や自転車とすれ違う際には、止まって待つ。また、歩行者等とすれ違う際、相手が手に持っているもの（傘、カバン、たばこ等）に子どもが接触する可能性に注意を払う。手をつないでいる場合には、一列になる。
- ・階段昇降時には、状況に応じて、子ども同士がつないでいた手を離し、個々のペースで昇降できるようにする。段差があるなど子どもがバランスを崩しやすい個所では、子どもの発達等に応じて、転倒しないようそばについて手助けをしたり、声をかけ見守ったりする。

（４）目的地

○ 現地の状況確認

- ・構造物や植え込み等による死角の有無を確認する。
- ・遊具等に危険が無いか安全点検を行う。
- ・ガラス片や犬・猫の糞、たばこの吸い殻等の危険物や不衛生なものが無いか確認し、除去する。
- ・他の利用者と譲り合って利用し、スペースを共有する。

○ 子どもの行動把握

- ・子どもの健康状態を確認する。熱中症を避けるため、暑いときには必要に応じて水分補給を行うなど、健康管理を十分に行う。
- ・道路等へ飛び出さないように注意する。
- ・遊具等を利用する際には、子どもの発達を勘案し、特に安全確保に注意を払う。
- ・砂場では、砂を目や口に入れないように見守る。
- ・不審者には近づかないよう注意を払う。

○ 子どもの人数や健康状態の確認

- ・目的地への到着時や出発時に加え、必要に応じて人数や健康状態を確認する。

（５）帰園後

○ 子どもの人数、健康状態等の確認

- ・子どもの人数を確認する。
- ・子どもの健康状態、ケガの有無を確認する。熱中症を避けるため、暑いときには必要に応じて水分補給を行うなど、健康管理を十分に行う。

○ 帰園の報告

- ・ 帰園後、散歩計画に実際の帰園時刻等を記入し、園長等の責任者や保育所等に残る職員と散歩から帰った旨を共有する。

○ 散歩後の振り返り

- ・ 散歩経路や目的地に新たな危険な場所を見つけたり、伝えておくべき情報があったりした場合には、職員間で共有する。
- ・ 個々の子どもについて、保育上の配慮等に関する気づきがあった場合には職員間で共有する。
- ・ 散歩時に子どものケガ等の事故やヒヤリ・ハット事例があった場合には職員間で共有する。

(6) その他

- ・ 園の状況に応じ、必要があれば、散歩マニュアルやチェックリスト、お散歩マップ、緊急時等の連絡先一覧等を作成するとともに、定期的な見直しを行う。

(別紙 2)

散歩計画表（参考例）

[illegible]

園児の見落とし等の防止に関する各自治体の取組例や実例を踏まえた留意事項

【未然防止のための取組】

＜現場への注意喚起＞

- 保育中の園児の確認の仕方や点呼の際の留意事項をチラシにして各園に配布する
- 自治体の元職員が巡回職員として、各園の散歩などの園外活動時に同行し、気になる点などを適宜指導する

＜園外活動時の人的支援＞

- 園外活動に当たって、保育支援者（キッズ・ガード）の活用を促進している
- 散歩中の見守りのため短時間勤務職員を雇い上げている

＜指導監査時の対応＞

- 園児が行方不明となった場合の対応マニュアル（フローチャート等）を作成しているかについて、指導監査の際に項目化し、確認を徹底する
- 指導監査時にヒヤリ・ハット事案も含めて発生した事故を確認し、起きた要因や施設として何が足りなかったのかを把握し、指導する
- 指導監査時に事故発生報告を確実に行政に報告しているかなどを点検し、各園の安全管理体制をチェックする

＜事故報告の共有＞

- 園児の見落とし等を含む事故の発生状況について、年次報告として取りまとめ、各園に共有する

【実例を踏まえた留意事項】

- 行き慣れない公園には、死角を正確に把握していないことなどにより、園児を見失うケースがあった
⇒ あらかじめ職員による下見を確実に行うことなどが考えられる
- 公園への散歩から園舎に戻る際、人数確認を行ったものの、人数確認に時間を要した結果、確認中に園児が離脱していたケースがあった
⇒ 複数の職員で連携して園児の確認を行うことや、開かれた場所で人数確認を行うなどの取組が考えられる
- 朝夕の保護者の出入りが多くなるタイミングで、園児の抜け出し事案が起きたケースがあった

- ⇒ 保護者の出入りの多い時間帯は、特に門扉が確実に閉まっているかなどの確認を徹底することなどが考えられる
- 園舎に隣接している施設での活動であったため、園児の確認が疎かになったケースがあった
- ⇒ 園外活動時かどうかにかかわらず、保育中は、常に全員の園児の動きを把握することを徹底することなどが考えられる
- 公園などで、複数の園が同時に活動する場合に、自園の園児が他園の園児の中に紛れ、見失ってしまうようなケースがあった
- ⇒ ・ 自園の目印となるような帽子などを着用させるなど、自園の園児であることを視認しやすくするための工夫を行う
- ・ 確認時には、園児を列に並べて顔及び名前を確認する、複数の職員により複数回確認する
 - ・ 他園と連携を図り、同じ公園の中でも遊び場所を分けること、帰園時に声を掛け合う
- ことなどが考えられる

子 発 1228 第 1 号
障 発 1228 第 4 号
令和4年12月28日

各 都 道 府 県 知 事
各 指 定 都 市 ・ 中 核 市 市 長 殿

厚生労働省子ども家庭局長
(公 印 省 略)
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

児童福祉施設の設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令について（通知）

この度、児童福祉施設の設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（令和4年厚生労働省令第175号。以下「改正省令」という。）が公布され、令和5年4月1日より施行されます。本改正の趣旨及び内容は下記のとおりですので、内容を十分御了知の上、貴管内の施設に対して遅滞なく周知をお願いするとともに、各都道府県知事におかれましては、管内市区町村に対して周知し、その運用に遺漏のないよう配意願います。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添えます。

記

第一 改正の趣旨

令和4年9月に静岡県牧之原市の幼保連携型認定こども園において、送迎用バスに園児が置き去りにされ、亡くなる事案が起きたことを受け、こども政策担当大臣を議長とする関係府省会議が開催され、幼児等の所在確認と安全装置の装備の義務付けを含む「こどものバス送迎・安全徹底プラン」が10月に取りまとめられた。

これを受け、都道府県が条例で児童福祉施設、家庭的保育事業所等及び障害児通所支援事業所の運営に関する基準を定めるに際し、従わなければならない国の基準（児童福

祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号）、児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 15 号）、児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 16 号）及び家庭的保育事業等の設備及び運営に関する基準（平成 26 年厚生労働省令第 61 号）にバス送迎に当たっての安全管理の徹底に係る規定を加える改正を行うものである。

また、上記の施設又は事業所以外のものであって、児童等を入所等させる施設及び事業所のうち、厚生労働省令において運営等に関する基準が定められている放課後児童健全育成事業所についても、放課後児童健全育成事業の設備及び運営に関する基準（平成 26 年厚生労働省令第 63 号）において、バス送迎に当たっての安全管理の徹底に係る規定を加える改正を行うものである。

第二 改正の内容

1 本則

改正省令により、以下 2 点を義務付ける。

- ① 園児等の通園や園外活動等のために自動車を運行する場合、園児等の自動車への乗降車の際に、点呼等の方法により園児の所在を確認すること。
- ② 通園用の自動車を運行する場合は、当該自動車にブザーその他の車内の園児等の見落としを防止する装置を装備し、当該装置を用いて、降車時の①の所在確認をすること。

上記①、②の義務付けの対象となる施設等は以下のとおりである。

義務付け 事項①	児童福祉施設（助産施設、児童遊園及び児童家庭支援センターを除く。）、指定障害児入所施設、地域型保育事業所、指定障害児通所支援事業所及び放課後児童健全育成事業所
義務付け 事項②	保育所、地域型保育事業所（居宅訪問型保育事業所を除く。）、指定児童発達支援事業所（児童発達支援センターを含む。）及び放課後等デイサービス事業所

2 附則

（1） 施行期日

令和 5 年 4 月 1 日とする。

（2） 経過措置

1 ②の規定については経過措置を設け、ブザーその他の車内の園児の見落としを防止する装置を備えることが困難である場合は、令和6年3月31日までの間、車内の園児の所在の見落としを防止するための代替的な措置を講ずることとして差し支えないこととする。

第三 留意事項

1 所在確認

第二1①の所在確認は、送迎用バスの運行に限らず、園外活動ほか園児等の移動のために自動車を運行するすべての場合が対象となる。

2 安全装置に係る義務付けの対象となる自動車

通園を目的とした自動車のうち、座席（※）が2列以下の自動車を除く全ての自動車が原則として安全装置に係る義務付けの対象となる。

なお、座席が2列以下の自動車と同様に義務付けから除外される「その他利用の態様を勘案してこれと同程度に園児の見落としのおそれが少ないと認められるもの」については、例えば、座席が3列以上あるものの、園児が確実に3列目以降を使用できないように園児が確実に通過できない鍵付きの柵を車体に固着させて2列目までと3列目以降を隔絶することなどが考えられるが、安全装置が義務付けられる経緯・趣旨に鑑み、その判断は十分慎重に行うこと。

（※）「座席」には、車椅子を使用する園児が当該車椅子に乗ったまま乗車するためのスペースを含む。

3 装備すべき安全装置

「ブザーその他の車内の園児の見落としを防止する装置」は、国土交通省が12月20日に策定・公表した「送迎用バスの置き去り防止を支援する安全装置のガイドライン」に適合するものであることが求められること。なお、本ガイドラインに適合する装置については、今後、内閣府において、国土交通省と連携し、一覧化したリストを作成・公表する予定であり、当該リストを参考に選定することが可能であること。

4 実効性の確保

改正省令の対象となる各施設の設置者が、本義務付けに違反した場合は、児童福祉法第 45 条等の規定に抵触し、改善勧告等の対象になり得るものであり、改善が見られない場合は、同法第 46 条等の規定による事業停止命令及び同法第 61 条の 4 等の罰則の対象になりうること。

5 施行期日

本改正に伴い、各都道府県等においては条例の改正を要するため、施行期日を令和 5 年 4 月 1 日としているが、所在確認は、法令上の直接的な規定の有無にかかわらず、徹底すべきであり、置き去りが生じないよう徹底されたいこと。

6 経過措置

装備すべき安全装置の導入が困難な場合も考えられるため、令和 6 年 3 月 31 日までの間、代替的な措置を講ずることとしているが、本義務付けの新設の趣旨に鑑み、可能な限り令和 5 年 6 月末までに導入するよう努めていただきたい。

なお、経過措置期間内において安全装置の装備がなされるまでの間についても、バス送迎における安全管理を徹底するとともに、例えば、運転席に確認を促すチェックシートを備え付けるとともに、車体後方に園児の所在確認を行ったことを記録する書面を備えるなど、園児が降車した後に運転手等が車内の確認を怠ることがないようにするための所要の代替措置を講ずること。

以上

【問い合わせ先】

＜保育所、地域型保育事業所に関する事＞

厚生労働省子ども家庭局保育課

T E L : 03-5253-1111 (内線 4852, 4853)

E-mail : hoikuka@mhlw.go.jp

＜児童養護施設等に関する事＞

厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課

T E L : 03-5253-1111 (内線 4867, 4868)

E-mail : kateihukushi@mhlw.go.jp

＜放課後等児童健全育成事業所に関する事＞

厚生労働省子ども家庭局子育て支援課健全育成係

T E L : 03-5253-1111 (内線 4966, 4845)

E-mail : clubsenmon@mhlw.go.jp

＜児童発達支援事業所等に関する事＞

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

障害児・発達障害者支援室 障害児支援係

T E L : 03-5253-1111 (内線 3037, 3102)

E-mail : shougaijishien@mhlw.go.jp

事 務 連 絡
令和6年7月10日

各都道府県・指定都市・中核市保育主管部（局）
各都道府県・指定都市・中核市認定こども園担当課
各都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市
認可外保育施設担当課（室）
各都道府県・指定都市・中核市障害児支援主管課
各都道府県・指定都市教育委員会学校安全担当課
各都道府県私立学校主管課
附属学校を置く国立大学法人担当課

御中

こども家庭庁成育局安全対策課
こども家庭庁成育局保育政策課
こども家庭庁成育局保育政策課認可外保育施設担当室
こども家庭庁支援局障害児支援課
文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課

教育・保育施設等における送迎用バスに対する安全装置の装備の徹底
について（再周知）

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

標記については、「教育・保育施設等における送迎用バスに対する安全装置の装備の徹底について」（令和6年3月22日付け事務連絡）等でお示しし、周知の徹底を行ってきたところですが、このたび、安全装置を装備しないまま送迎用バスを運行している事例がありました。送迎用バスに対する安全装置の装備については関係府省令等により義務付けられており、このような事例は法令違反となることから、改めて、各施設において、安全装置を装備していない送迎用バスが運行されることのないよう、安全装置の装備の徹底に御配慮いただきますようお願いいたします。

【問合せ先】

- 送迎用バスに対する安全装置の装備全般に関すること
こども家庭庁成育局安全対策課事故対策係
TEL: 03-6858-0183
Mail: anzentaisaku.jikotaiou@cfa.go.jp
- 幼稚園、特別支援学校（全類型）及び認定こども園（幼稚園型）に関すること
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
安全教育推進室交通安全防犯教育係
TEL: 03-6734-2695

- 保育所、家庭的保育事業、小規模保育事業及び事業所内保育事業に関すること

こども家庭庁成育局保育政策課企画法令第一係

TEL: 03-6858-0058

- 認定こども園（幼保連携型、保育所型、地方裁量型）に関すること

こども家庭庁成育局保育政策課企画法令第二係

TEL: 03-6858-0058

- 認可外保育施設（全類型）に関すること

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

TEL: 03-6858-0133

- 児童発達支援センター、指定児童発達支援事業所及び放課後等デイサービスに関すること

こども家庭庁支援局障害児支援課障害児支援係

TEL: 03-6861-0063

事 務 連 絡
令和 6 年 3 月 22 日

各都道府県・指定都市・中核市保育主管部(局)
各都道府県・指定都市・中核市認定こども園担当課
各都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市
認 可 外 保 育 施 設 担 当 課 (室) 御 中
各都道府県・指定都市・中核市障害児支援主管課
各都道府県・指定都市教育委員会学校安全担当課
各 都 道 府 県 私 立 学 校 主 管 課
附属学校を置く国立大学法人担当課

こども家庭庁成育局安全対策課
こども家庭庁成育局保育政策課
こども家庭庁成育局保育政策課認可外保育施設担当室
こども家庭庁支援局障害児支援課
文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課

教育・保育施設等における送迎用バスに対する安全装置の装備の徹底について

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

令和 4 年 9 月、静岡県牧之原市において、認定こども園の送迎用バスに置き去りにされたこどもが亡くなるという大変痛ましい事案が発生したことを受け、バス送迎に当たっての安全管理の徹底に関する緊急対策「こどものバス送迎・安全徹底プラン」をとりまとめ、こうした事案が今後発生しないよう、各種対策を推進してまいりました。

この中でも、送迎用バスに対する安全装置の装備の義務付けについては、関係府省令等の所要の改正が行われ、令和 5 年 4 月 1 日から施行されており、令和 6 年 3 月 31 日で経過措置の期間が終了となります。

昨年中に実施した教育・保育施設等における安全装置の装備状況の調査(第 2 回)及びその後の聞き取りにおいて、全ての地方自治体から、経過措置期間終了までには安全装置の装備が全て完了するとの報告をいただいておりますが、今一度、装備予定と回答していた施設・事業所が、実際に装備を完了したことにつ

いて、確認いただくようお願いします。

令和6年3月末に経過措置の期間が終了した後は、安全装置を装備していない送迎用バスが運行することのないよう、引き続き、安全装置の装備の徹底に御配慮いただきますようお願いします。

【問合せ先】

- 送迎用バスに対する安全装置の装備全般に関すること
こども家庭庁成育局安全対策課事故対策係
[Tel:03-6858-0183](tel:03-6858-0183)
Mail:anzentaisaku.jikotaiou@cfa.go.jp
- 幼稚園、特別支援学校(全類型)及び認定こども園(幼稚園型)に関すること
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
安全教育推進室交通安全・防犯教育係
[Tel:03-6734-2695](tel:03-6734-2695)
- 保育所、家庭的保育事業、小規模保育事業及び事業所内保育事業に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課企画法令第一係
[Tel:03-6858-0058](tel:03-6858-0058)
- 認定こども園(幼保連携型、保育所型、地方裁量型)に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課企画法令第二係
[Tel:03-6858-0058](tel:03-6858-0058)
- 認可外保育施設(全類型)に関すること
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
[Tel:03-6858-0133](tel:03-6858-0133)
- 児童発達支援センター、指定児童発達支援事業所及び放課後等デイサービスに関すること
こども家庭庁支援局障害児支援課障害児支援係
[Tel:03-6861-0063](tel:03-6861-0063)

こ 支 障 第 169 号
令 和 6 年 7 月 4 日

各
都道府県
指定都市
中核市
児童相談所設置市

障害児支援主管部(局) 御中

こども家庭庁支援局長
(公 印 省 略)

障害児支援における安全管理について

障害児支援行政の推進につきましては、日頃より御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

障害児通所支援事業所や障害児入所施設等（以下「事業所等」という。）における安全の確保に関する取組については、児童福祉法(昭和 22 年法律第 164 号)において、都道府県が条例で定めることとされている指定通所支援の事業及び運営に関する基準並びに指定障害児入所施設等の設備及び運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準（府令）に従わなければならないこととされており、国が定める基準（府令）（※1）において、こどもの安全の確保を図るため、安全計画の策定が義務付けられているところです。

また、事故発生時には、速やかに、都道府県、市町村（障害児通所支援事業所のみ）、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こととされています。

さらに、今般、令和 5 年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業「障害児支援における安全管理等に関する調査研究」において、「障害児支援における安全管理に関するガイドライン（案）」（以下「ガイドライン（案）」という。）が策定されました。

障害児支援における安全の確保に関する取組については、既に、「児童福祉施設における事故防止について」（昭和 46 年 7 月 31 日児発第 418 号厚生省児童家庭局長通知）や「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」（平成 14 年 3 月 28 日福祉サービスにおける危機管理に関する検討会）、「障害児通所支援事業所等における安全計画の策定に関する留意事項等について」（令和 5 年 7 月 4 日こども家庭庁支援局障害児支援課事務連絡）等において示しておりましたが、今般、改めて、安全計画の策定をはじめとした安全管理対策や日々の支援における事故防止の取組、事故発生時の地方自治体への報告や事故発生後の対応について、下記のとおり整理するとともに、ガイドライン（案）を踏まえ「障害児支援の安全管理に関するガイドライン」を策定しました。

ガイドラインにおいては、特に重大事故が発生しやすい場面ごとの注意点や、事故が発生した場合の具体的な対応方法等を盛り込んでおり、これを各事業所等における安全管理対策の参考としていただくよう、各都道府県におかれては、当該内容を十分御了知の上、貴管内の市町村及び事業所等に対して、各指定都市、中核市及び児童相談所設置市におかれては、当該内容を十分御了知の上、貴管内の事業所等に対して、遺漏なく周知していただくようお願いいたします。

なお、本調査研究の報告書において、「障害児入所施設・障害児通所支援事業所においても、教育・保育施設等と同じく国へ重大事故を報告する仕組みが重要である。重大事故の実態や要因の把握・分析のため、報告された重大事故に関する情報は集約・データベース化されることが必要である」と提言されていることも踏まえ、事故防止や再発防止策を推進し、よりこどもの安全確保の取組を進めていく観点から、今後、教育・保育施設等と同様に、国に重大事故を報告する仕組み及び事故情報を集約し公表する仕組みの構築について検討していくこととしています。

これらの仕組みについては、検討が進み次第、追ってお示しすることとしておりますが、基本的には、教育・保育施設等と同様の仕組み（※２）の導入を検討していくこととしておりますので、仕組みの導入に向けての準備の観点から、今後、国が重大事故の報告を求めるに当たっての様式のイメージとして、教育・保育施設等における重大事故の国への報告様式（別紙２）をお示しします。

（※１）下記の３府令

- ・ 児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 15 号）
- ・ 児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 16 号）
- ・ 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号）

（※２）教育・保育施設等（※）においては、「教育・保育施設等における事故の報告等について」（令和 6 年 3 月 22 日こ成安第 36 号、5 教参学第 39 号）等に基づき、教育・保育施設等で重大事故（①死亡事故、②意識不明事故、③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）が発生した場合、市町村・都道府県を通じて、国への報告が必要とされており、国において集約した事故情報は、「教育・保育施設等における事故情報データベース」として、こども家庭庁 Web サイトで公表している。

URL：<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/database/>

(※) 以下の施設・事業をいう。

- ・認定こども園（幼保連携型、幼稚園型、保育所型、地方裁量型）
- ・幼稚園 ・認可保育所
- ・家庭的保育事業
- ・事業所内保育事業（認可）
- ・病児保育事業
- ・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）
- ・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）
- ・放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）
- ・認可外保育施設（企業主導型保育施設、地方単独保育施設、その他の認可外保育施設）
- ・認可外の居宅訪問型保育事業
- ・小規模保育事業
- ・居宅訪問型保育事業
- ・一時預かり事業

(別添資料)

別紙 1 「障害児支援の安全管理に関するガイドライン」

別紙 2 教育・保育施設等における重大事故の国への報告様式

(参考)

URL: [「障害児支援における安全管理等に関する調査研究」報告書](#)

記

1. 安全計画の策定等について

- 指定障害児通所支援事業所及び指定障害児入所施設等（以下「事業所等」という。）は、障害児の安全の確保を図るため、指定基準（※）において、
 - ・ 事業所等の設備の安全点検、職員や障害児等に対する事業所等外での活動、取組等を含めた事業所等での生活その他の日常生活における安全に関する指導、職員の研修及び訓練その他事業所等における安全に関する事項についての計画（以下単に「安全計画」という）を策定し、当該安全計画に従い必要な措置を講じること
 - ・ 職員に対し、安全計画について周知するとともに、職員の研修及び訓練を定期的に実施すること
 - ・ 定期的に安全計画の見直しを行い、必要に応じて安全計画の変更を行うこと
- とされている（令和6年4月1日から義務化）。

(※) 下記の2府令

- ・ 児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準
- ・ 児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準

- 安全計画の具体的な内容としては、
 - ・ 事業所等の設備（備品、遊具、防火設備、避難経路等）や、散歩コースや公園など定期的に利用する場所も含めた事業所等内の安全点検
 - ・ 通常の支援の場面、リスクが高い場面（午睡、食事、プール・水遊び等）、緊急対応が必要な場面（災害、不審者の侵入、火事等）における役割分担や留意点を明確にしたマニュアルの策定・共有
 - ・ こどもに対する安全対策の周知（事業所等の生活における安全、災害や事故発生時の対応、交通安全等）
 - ・ 保護者に対する説明・情報共有（安全計画や安全に関する取組の説明・共有等）
 - ・ 職員の研修・訓練（地震・火災・地域特性に応じた様々な災害を想定した避難訓練、救急対応の実技講習、不審者の侵入を想定した実践的な訓練、事故予防に関する研修の受講等）
 - ・ 再発防止策の徹底（ヒヤリ・ハット事例の収集・分析・対策や職員間での共有等）
 - ・ その他の安全確保に向けた取組（地域住民や地域の関係者・関係機関と連携した取組、登降園システムを活用した安全管理等）などが挙げられる。

（安全計画）

- 事業所等においては、安全確保に関する取組を計画的に実施するため、地方自治体から発出されている事務連絡等も参考にしながら、各年度において、当該年度が始まる前に、安全計画を定めることが求められている。
- 安全計画の策定に当たっては、「障害児通所支援事業所等における安全計画の策定に関する留意事項等について」（令和5年7月4日こども家庭庁支援局障害児支援課事務連絡）を参考にするとともに、安全計画の記載例については、ガイドラインを参考にすること。

【参考：安全計画の作成の例 ガイドライン p 37～40】

（安全点検）

- 事業所等の設備等の安全点検については、安全計画やマニュアルの策定時のみならず、少なくとも毎学期1回（年3回）以上の頻度で定期的に点検を行うことが重要である。安全点検の際には、事前に、活動や事業所等の状況に応じたチェックリストを活用し、一人ではなく複数名で点検することが望ましい。

安全点検の結果、危険箇所が見つかった場合には、すぐに対策について話し合い、改善策を講じるとともに、日頃から、事業所等や活動の中で、安全が確保されるよう環境整備を進めることも必要である。

【参考：安全管理のチェックリストの例 ガイドライン p 41、42】

（マニュアル策定・共有）

- 活動や事業所等の状況に応じ、リスクが高い場面（例：午睡、食事、プール・水遊び、移動、送迎、事業所外活動時等）、緊急対応が必要な場面（災害、不審者の侵入、火事や事故等）など、各場面に応じた、役割分担や留意点を明確にした安全管理に関するマニュアルを作成し、職員に周知徹底するとともに、対応が必要な際にすぐに確認できるよう、目に留まる場所に掲示しておくことが必要である。
- 定期的な見直しとあわせて、緊急時に職員が適切に対応できるよう、平時からマニュアルの内容の確認や実践につながる訓練等の実施を行うことも必要である。

【参考：緊急時の対応・体制の確認 ガイドライン p 34】

【参考：災害時対応マニュアルの例 ガイドライン p 47、48】

（こどもに対する安全対策の周知）

- こどもの特性や発達に応じた方法により、こども自身が安全や危険を認識しやすいようにするとともに、災害や事故発生時の約束事や行動の仕方について伝えることが重要である。

【参考：こどもに対する安全対策の周知 ガイドライン p 7】

（保護者に対する説明・情報共有）

- 事業所等内や活動における事故のリスクや、事故発生時の対応を含む事業所等の安全管理について、契約時等に保護者に説明しておくことが重要である。

【参考：保護者への説明・共有 ガイドライン p 7、8】

（職員の研修・訓練）

- 安全計画やマニュアルを体得できるよう、例えば、読み合わせをする、指差し確認をする、ロールプレイング等の実践的な研修や訓練を行うなどといった取組が重要である。その際、状況に応じた対応ができるよう、例えば、災害に関する避難訓練は、地震・火災だけでなく、地域特性に応じた様々な災害を想定して具体的に行うことや、救急対応（心肺蘇生法、気道内異物除去、AED（自動体外式除細動器）、「エピペン®」等の使用）や送迎時の安全等についても実技講習を行うことなど、実践的な研修・訓練を行うことが重要である。
- 地方自治体が行う研修や訓練（オンラインで共有されている事故予防に資する研修動画も含む。）については、常勤・非常勤にかかわらず、事業所等の全職員が受講することが重要である。

【参考：全従業員を対象とした実践的な訓練や研修の実施 ガイドライン p 6、7】

（地域住民や地域の関係者・関係機関との連携）

- 事故発生時の協力体制や連絡体制を整えるとともに、関係づくりに日頃から努める必要がある。行方不明時の捜索、災害時の協力等、地域の人など職員以外の力を借り、こどもの安全を守る必要が生じる場合もあることから、事故

発生時の協力体制や連絡体制を整えるとともに、日頃から顔の見える関係づくりを進め、緊急時の協力・援助の依頼についても検討しておくことが重要である。

【参考：地域や関係機関等との連携 ガイドライン p 8】

(安全管理に関する組織的体制)

- 事故の発生防止は組織で対応することが重要であり、事業所等の管理者等によるリーダーシップの下、組織的に対応できる体制（例：安全管理委員会の設置や責任者・担当者の配置等）を進めることが重要である。

【参考：安全管理に関する組織的な体制、安全管理委員会の設置
ガイドライン p 5、6】

2. 日々の支援における事故防止の取組について

- 「障害児支援における安全管理等に関する調査研究」報告書においては、発生する事故について、サービスごとに、以下のような傾向がみられたと報告されている。

【児童発達支援センターや児童発達支援事業所】

重篤な事故は、食事時の誤嚥や窒息、自らの転倒・衝突、遊具・窓等からの転落・落下、アナフィラキシー・アレルギー等により発生している。また、自らの転倒・衝突、こども同士の衝突、他児からの危害、玩具・遊戯施設・設備の安全上の不備等で、事故が起こりやすい状況にある。

【放課後等デイサービス事業所】

重篤な事故は、行方不明・見失い中（溺水等）、食事時の誤嚥や窒息、遊具・窓等からの転落・落下、医療的ケアに関すること、病気（てんかん発作等を含む。）、自らの転倒・衝突、こども同士の衝突、交通事故等により発生している。

【障害児入所施設】

全体に事故の発生率が高くなっており、生活全般で幅広い安全対策を行う必要がある。

- また、支援の時間が長くなることや、集団支援を行う場合には、より事故が起こりやすい傾向があったことも報告されている。

(場面ごとの注意点)

- まずは、事業所等の活動内容や1日・年間のスケジュール、場所・環境を振り返り、それぞれの場面に、どのような危険があるかなどについて、事業所等内で話し合い、全職員で共通認識を図ることが重要である。
- その上で、午睡、食事、プール・水遊び、移動、送迎、事業所外活動時など、活動の場所や内容を踏まえ、活動の場面に応じて、事故の発生防止に取り組む

ことが重要である（※）。

（※）活動場面と事故の発生防止の取組例

活動場面	事故の発生防止の取組例
睡眠	仰向け寝、口の中の異物の有無の確認 定期的なこどもの呼吸・体位・睡眠状態の確認
食事	こどもの咀嚼・嚥下機能や食行動の発達状況、喫食状況、アレルギー等の情報の職員間の共有等
プール・水遊び	監視者とプール指導者を分けて配置、色のはっきりした帽子等の装着等
送迎時	チェックシートの運転手席への備え付け、目視、点呼、乗降車確認、記録等
散歩・外遊び	手をつなぐ等の配慮、常時の人数確認、飛び出しの危険があるこどもの場合は必要に応じて一対一対応、先頭と最後に職員を配置等

【参考：事故の発生防止・予防・対応のための場面ごとの注意点

ガイドライン p 9～30】

（障害の特性に応じた留意事項）

- それぞれのこどもの障害特性、発達、興味関心等を理解することは、危険の予測や事故の防止につながる。そのため、こどもの障害特性や発達の段階等の理解を深め、こどもに関わる全ての職員で漏れなく共有し、支援に当たることが必要である。

【参考：障害の特性に応じて留意する事項 ガイドライン p 32、33】

3. 事故発生時の地方自治体への報告について

- 事業所等は、指定基準において、支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに、
 - ・ 障害児通所支援事業所の場合は、都道府県、市町村、当該こどもの家族等に、
 - ・ 障害児入所施設等の場合は、都道府県、当該こどもの家族等に、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こととされている。
- 事業所等は、事故発生に適切に対応できるよう、
 - ・ 障害児通所支援事業所の場合は、指定権者である都道府県並びに支給決定の実施主体である市町村及び当該事業所の所在する市町村が、
 - ・ 障害児入所施設等の場合は、指定権者及び支給決定の実施主体である都道府県が、

どのような事故の場合に報告を求めているかや、事故が発生した場合にどのような方法により報告を求めているかについて、必ず都道府県や市町村のホームページ等で確認し、適切な対応を行う必要がある。

- また、事業所等は、当該事故が消費者事故等（※）に該当する場合は、消費者安全法（平成 21 年法律第 50 号）に基づき、消費者庁に対し通知しなければならないこととされており、詳細は、「消費者事故等の通知の運用マニュアル」を参照すること。

（※）消費生活において消費者に被害が発生した事故や事故を引き起こすような事態のことであり、消費者の生命・身体に被害を与えるものと財産に影響を与えるものがある。

【参考資料】消費者庁「消費者事故との通知の運用マニュアル」（平成 21 年 10 月 28 日制定）

URL：https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/centralization_of_accident_information/assets/centralization_of_accident_information_240312_01.pdf

4. 事故発生後の対応について

（1）事業所等の対応

- 事業所等は、事故が発生した場合は、事故後の検証を行い、事故の要因等を分析し、これまでの取組について改善すべき点を検討し、事故の再発防止の取組を進めることが求められる。

- 具体的には、事故後の検証を踏まえ、
 - ・ 既に発生した事故が防げるものだったのか
 - ・ 今後、類似の事故の発生を防止するためには何をすべきかという視点で、具体的に再発防止策の検討を行うことが必要である。

- 策定した再発防止策については、事業所等の安全点検の実施箇所や安全管理のマニュアル等に確実に反映させるとともに、従業員間での共有を図り、その後の取組状況に応じて、随時見直しを図ることが必要である。

- 事業所等においては、死亡事故等の重大事故はもとより、それ以外の事故（地方自治体で検証を行わない重大事故や重大事故以外の事故）であっても、自ら事故後の検証を行い、事故の再発防止の取組を進めることが重要である。

- また、ヒヤリ・ハット事例の収集・分析も、重大事故の発生を防止する上で非常に有効である。ヒヤリ・ハット事例を報告する組織内の仕組み（報告手順や様式等）を整えるとともに、報告しやすい雰囲気づくりや、定期的な

職員会議等におけるヒヤリ・ハット事例や安全対策についての共有等も重要である。

【参考：ヒヤリ・ハット事例の収集・分析の重要性 ガイドライン p 5】

(2) 地方自治体の対応

- 事故の報告を受けた都道府県や市町村は、死亡事故等の重大事故が発生した場合は、情報収集や事業所等の安全確保の指導等を行うことが必要である。
- 死亡事故等の重大事故の場合は、事故後の検証を行い、事故の要因等を分析し、事業所等に対し、再発防止策の検討を求め、事業所等から報告を受けながら、重大事故の再発防止の取組を進めることが求められる。

以上

障害児支援の安全管理に関する ガイドライン

令和 6 年（2024 年） 7 月

目次

1. 障害児支援における事故・安全管理の現状	3
2. 障害児支援における安全管理のポイント	4
3. 事故の発生防止・予防・対応のための場面ごとの注意点	9
(1) 事故が発生する場面.....	10
(2) 事故を防ぐための注意事項.....	12
ア 所在確認・見守り・人数確認.....	12
イ 転倒・落下	13
ウ 危険物	15
エ 環境・衛生	16
オ 薬対応・医療的ケア.....	16
カ 送迎	18
i) 送迎車への置き去り.....	18
ii) 車内の安全と車両事故.....	20
キ 出入口の安全.....	20
ク 療育・活動	21
ケ 散歩と外遊び.....	22
コ プール活動・水遊び中・熱中症	22
サ 誤嚥（玩具、小物、薬品等）	25
シ 食事・おやつ・歯磨き	26
ス 食物アレルギー	26
セ 睡眠中	28
ソ 入浴中	29
(3) その他の安全管理上の予防や対応.....	31
タ 感染症等についての予防・対応	31
チ 災害時の対応.....	31
4. 障害の特性に応じて留意する事項.....	32
5. 緊急時の対応・体制の確認.....	34
6. 事故の再発防止のための取り組み.....	35
(1) 再発防止策の策定	35
(2) 職員等への周知徹底.....	35
参考.....	36

はじめに

安全があつてこそ、よりよい支援ができます。こどもたちの安全を守る事は何より大事なことです。こどもが成長していく過程でけがが一切発生しないことは現実的には考えにくいものですが、特に、死亡や重篤な事故が起きないよう、事故の予防と事故後の適切な対応は重要です。

令和 4 年改正児童福祉法においては、都道府県等が条例で定めることとされている児童福祉施設等の運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準（省令）に従わなければならないこととする改正が行われました。これに伴い、障害児通所支援・入所支援においても、令和 5 年 4 月 1 日より、安全に関する事項についての計画（以下「安全計画」という。）を各事業所等において策定することが努力義務とされ、令和 6 年 4 月 1 日からは義務化されています。

このような状況を踏まえて、本ガイドラインでは、障害児支援に関わる事業所・施設（以下「事業所等」という。）が、安全計画やマニュアルの作成を含む事故防止のための安全対策を各事業所等で講じる上で参考となる基本的な内容を取りまとめました。

事故の予防と事故後の適切な対応をするには、マニュアルの作成や環境整備のほか、ヒヤリ・ハットとその振り返りから得られる重大事故の予防、こども一人一人の理解、障害に関する理解、組織や体制の構築、人材育成、時間的・人的な余裕、職員間や組織内外のコミュニケーション等、様々な要素を重ね合わせ安全に関する取り組みを進めていく必要があります。

本ガイドラインを参考にして、各事業所等に適した形で安全管理に取り組んでいただくことで、事故をできるだけ減らし、特に、死亡や重篤な事故が起きないよう、こどもの安全が守られることを切に願います。

なお、本ガイドラインは、今後の運用状況等を踏まえて、見直しを行うべきものと考えています。

（注 1）このガイドラインが主として念頭に置いている対象は障害児入所施設及び障害児通所支援事業所ですが、保育所等で障害児支援に携わる場合にも参考となるべき内容を盛り込んでいます。

（注 2）本ガイドラインは、「障害児支援における安全管理等に関する調査研究（令和 5 年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業）」により作成されたものです。

1. 障害児支援における事故・安全管理の現状

本調査研究の一環として実施したアンケート調査によると、障害児支援においては、食事時の誤嚥や窒息、行方不明・見失い中の事故（溺水等）、入所施設における夜間睡眠中の事故、転倒や衝突、食事等によるアナフィラキシー・アレルギー反応によるもの、遊具・窓等からの落下、医療的ケアに関する事故等の痛ましく重篤な事故が発生している。

事故の起こりやすさや事故の誘因・発生状況は、事業所等の種別、支援内容、利用時間、組織や体制、利用しているこどもの特性など様々な要因が影響を与えているが、事業種別にみると、次のような傾向がみられる。

児童発達支援センター、児童発達支援事業所においては、重篤な事故は、食事時の誤嚥や窒息、自らの転倒・衝突、遊具・窓等からの転落・落下、食事等によるアナフィラキシー・アレルギー反応等で発生している。また、自らの転倒・衝突、こどもの同士の衝突、他児からの危害、玩具・遊戯施設・設備の安全上の不備等で、事故が起こりやすい状況にある。支援の時間が長くなることや、集団支援を行う場合には、より事故が起こりやすい傾向があり、特に注意が必要である。

放課後等デイサービスにおいては、重篤な事故は、行方不明・見失い中（溺水等）、食事時の誤嚥や窒息、遊具・窓等からの転落・落下、医療的ケアに関すること、病気（てんかん発作等を含む）、自らの転倒・衝突、こどもの同士の衝突、交通事故等で発生している。

障害児入所施設では、全体に事故の発生率が高くなっており、生活全般で幅広い安全対策を行う必要がある。

以上のようなおおよその傾向はあるものの、これらに限らず、実際には、様々な場面で事故は発生している。事故をできるだけ減らし、特に、死亡や重篤な事故が起きないようにしていただくためには、本ガイドラインを参考にして、各事業所等に適した形で安全管理に取り組み、事故の予防と事故後の適切な対応していただく必要がある。

2. 障害児支援における安全管理のポイント

安全計画の策定

令和 4 年改正児童福祉法においては、都道府県等が条例で定めることとされている児童福祉施設等の運営に関する基準のうち、「児童の安全の確保」に関するものについては、国が定める基準（省令）に従わなければならないこととする改正が行われた。これに伴い、障害児通所支援・入所支援においても、令和 5 年 4 月 1 日より、安全に関する事項についての計画（以下「安全計画」という。）を各事業所等において策定することが努力義務とされ、令和 6 年 4 月 1 日からは義務化されている。

事業所等は、安全確保に関する取組を計画的に実施するため、各年度において、当該年度が始まる前に、施設・設備・園外環境（散歩コースや緊急避難先等）の安全点検、マニュアルの策定・共有、児童への安全指導（事業所等の生活における安全、災害や事故発生時の対応、交通安全等）、保護者への説明・共有、訓練・研修、再発防止策の徹底（ヒヤリ・ハット事例の収集・分析及び対策とその共有の方法等）、その他の安全確保に向けた取組（地域住民や地域の関係者と連携した取組、登降園管理システムを活用した安全管理等）等についての年間スケジュール（安全計画）を策定する。

本ガイドラインを参照いただくとともに、自治体から発出されている事務連絡やお知らせ等も参考にし、それぞれの事業所等に合った安全計画を各事業所等で作成する。

【安全計画の作成の例 P.37～】

定期的な安全確認・点検、環境整備

活動や事業所等の設備や危険箇所は、安全計画やマニュアル策定時のみならず年間の計画の中で、少なくとも毎学期 1 回（年 3 回）以上の頻度で定期的に確認・点検することが重要である。確認・点検の際には、事前に活動や事業所等の状態に合わせたチェックリストを活用し、一人ではなく複数の人で確認することが望ましい。また、職員自身が安全確認・点検に参加することは、現場に即した安全管理につながるのみならず、各職員の安全管理の意識向上にもつながるため、安全確認・点検に職員自身の参画を促す。第三者による確認も効果的である。危険箇所が見つかった場合には、すぐに対策を話し合い、改善策を講じる。併せて、日常的な環境整備も重要である。見えるところだけではなく見えない死角（例：棚の中、冷蔵庫、洗濯機等）の確認や、こどもの目線やこどもの特性に合わせた確認を行う。窓際の家具等を設置にあたっても、こどもの目線やこどもの特性に合わせた安全確認を行う。

【チェックリストの例 P.41～】

場面ごとの注意点

事業所等によって活動内容、スケジュール、場所・環境は様々であるため、まずは、自分の事業所等の活動内容や 1 日・年間のスケジュール、場所・環境を振り返り、どのよう

な危険があるかを事業所等内で話し合い、認識することが重要である。その認識をした上で、活動場所・内容等に留意した事故の発生防止に取り組むことが重要である。例えば、送迎、睡眠中、プール活動・水遊び中、食事中、夏の屋外活動や閉鎖空間等の事故がおりやすい場面・場所等については、特に本ガイドラインで提示している注意事項等も参考に対応することが求められる。

【事故の発生防止・予防・対応のための場面ごとの注意点 P.9～】

基本的なマニュアルの策定と活用

活動や事業所等の実情に応じ、リスクの高い場面（例：食事、プール、移動時、送迎、屋外活動等）について職員が気をつけるべき点、役割等を明確にした安全管理に関するマニュアルを作成する。作成にあたっては実際の運用を念頭におく。また、緊急時（災害、不審者の侵入、火事、事故が起こった場合等）に、誰が何をすべきかの役割、連絡先、避難先等を具体的にしておく。緊急時マニュアルは、緊急時にすぐ確認できるよう、簡潔でわかりやすいものを作成し、目につく場所に掲示しておく。また、マニュアルは定期的に見直すとともに、平時から内容の確認や実践につながる訓練等も実施する。

ヒヤリ・ハット事例の収集・分析の重要性

1 件の重大事故の背後には、重大事故に至らなかった 29 件の軽微な事故が隠れており、さらにその背後には 300 件のヒヤリ・ハットが隠れていると言われている。ヒヤリ・ハットの収集・分析は重大な事故を予防するうえで非常に有効である。

まずは、ヒヤリ・ハットを報告する組織内の仕組み（報告手順や様式等）を整えるとともに、報告しやすい雰囲気作りや事業所等内の文化の醸成も重要である。

報告のあったヒヤリ・ハットについては、重大事故が発生するリスクについての要因の分析を行い、対策を講じる。

ヒヤリ・ハットについては、転倒しそうだった、把握漏れになりそうだったというような、結果には繋がらなかったものの事故につながる可能性があったものも積極的にヒヤリ・ハットとして共有することで、事故の防止につながる。

定期的な職員会議、研修等の場を活用して、事業所等内のヒヤリ・ハットや安全対策について、職員への情報共有・周知を行う。全職員が集まる機会のない事業所等では、回覧や掲示板等のツールも活用して周知・共有を図る。

安全管理に関する組織的な体制、安全管理委員会の設置

事故の発生防止は組織で対応することが重要であり、事業所等の長等によるリーダーシップの下、組織的に対応できる体制（安全管理委員会や責任者・担当者等）を整備する。小規模な事業所等においては、管理者が責任者を兼ねても差し支えないが、一定規模以上の組織においては、安全管理に関する委員会の設置が望ましい。

安全管理委員会や安全管理責任者・担当者は、次の業務を担うことが想定される。

- ・安全計画の策定と活用
- ・安全に関するマニュアルの策定と更新
- ・ヒヤリ・ハットの把握と改善策の検討、実施
- ・職員に対する実践的な訓練や研修
- ・事業所等内の安全確認・点検・環境整備
- ・事業所等内で起きた事故の検証と再発防止策の検討
- ・保護者や関係機関との連携
- ・安全に関する情報収集
- ・安全に関する情報や対策（上記で検討したこと等を含む）の職員への周知・徹底

障害特性と個々のこどもの理解

それぞれのこどもの障害特性、発達、興味関心等を理解することは、危険の予測や事故防止につながる。視覚障害、聴覚障害、盲ろう、知的障害、発達障害、精神的に強い不安や緊張を示すこども、肢体不自由のこども、病弱・身体虚弱のこども、医療的ケアが必要なこども、重症心身障害のあるこども、虐待等の不適切な養育等を受けたこども等、障害や特性、こどもの発達についての理解を深める。それぞれのこどもの特性や興味関心は、会議や研修等を通じて各職員にも共有し、安全管理に関する意識を高めて職員ひとりひとりが、責任感を持てるようにする。

【障害の特性に応じて留意する事項 P.32～】

個別支援計画の重要性

一人一人のこどもの障害特性やニーズを把握して、チームで個別支援計画を作る。アセスメントの際にアレルギーや投薬、医療的ケアなどの医療、補装具や介助等の対応、転びやすい、突然走りだす、口に異物をいれる等の安全上で注意すべき点、こどもの安全に関する保護者からの情報等についても確認し、把握する。医療的な対応が必要なこどもの場合には診療情報提供書や、てんかん発作のあるこどもの場合にはてんかん発作時の発作マネジメント共有シート等も確認する。把握した情報は、こどもに関わる全ての職員で漏れなく共有し、引き継ぐようにする。

複数体制の支援と人員配置

複数で役割を分担し支援にあたることは事故防止につながる。特にリスクの高い場面（例：食事、プール、移動時、送迎、屋外活動等）では、全体を確認する職員や緊急時に対応できる職員を配置する等、余裕をもった体制をとるようにすることが望ましい。個人ではなくチームや組織で支援にあたる。また、こどもの特性に応じた人員配置をとることも重要である。

全職員を対象とした実践的な訓練や研修の実施

安全計画やマニュアルは、配布するだけでなく、体得することが重要である。体得できるようにするために、例えば、読み合わせをする、指差し確認、安全を守るための環境整備や人の配置、ロールプレイング等の実践的な訓練や研修を行う。

その際、状況に応じた対応ができるよう、例えば災害に対する避難訓練は、地震・火災だけでなく地域特性に応じた様々な災害を想定して具体的に行う。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）、送迎時の安全等も実技講習を定期的に受け、事業所等内でも訓練を行う。不審者の侵入を想定した実践的な訓練や 119 番の通報訓練を行う。

自治体が行う研修や訓練（オンラインで共有されている事故予防に資する研修動画も含む。）については、常勤職員だけでなく非常勤職員も含め、事業所等の全職員が受講する。

話しやすい組織づくり

職員間や組織内の円滑なコミュニケーションは、チームワークを促進し、事故の防止につながる。事業所等内での情報の共有ができていない、助けや手伝いの声掛けを躊躇し、1 人で対応したために起きる事故もある。情報の共有化、苦情（意見・要望）解決への取り組みを整えるとともに、職員や組織間のコミュニケーションを円滑にし、お互いに助け合える風通しのよい組織を作る。

個々の意識の重要性

各職員が個人としても責任感を持てるような風土が大切である。事業者は、組織の方針を職員に丁寧に伝え、責任をもって安全管理を踏まえた支援にあたってもらえるようにする。また、研修等を通じて、各職員の意識や専門性の向上に努める。安全対策に関する自己点検表を用いる等により、個々の安全意識の向上に努めるとともに、チームでも対応できるようにしていく。

こどもに対する安全対策の周知

こども自身が安全や危険を認識すること、災害や事故発生時の約束事や行動の仕方について触れておくことは、事故を防ぐとともに、特に重大事故の防止につながる。こどもの特性や発達に応じた方法で、こども自身が安全や危険を認識しやすいようにするとともに、災害や事故発生時の約束事や行動の仕方について伝えることも重要である。

保護者への説明・共有

事業所等の活動や環境、安全のルール等について、保護者にも説明し、理解してもらうことは、事故の防止にも繋がるため重要である。事業所等において親子通園や、保護者が送迎を行う場合等、保護者が関わる活動においても、安全対策について保護者と事前に共有・連携する。アレルギー、こどもの特性等、安全に関するこどもの状況については、日々の変化も含めて、保護者と情報を共有し、お互いに連携する。

このように保護者とも連携し事故を防ぎ、こどもの安全を守ることは重要である。しかし転倒や突発的な行動などのこどもの障害特性により、発達支援のなかでけがや事故が発生する場合もある。そのため事業所等内や活動における事故のリスクや、事故時の対応を含む事業所等の安全管理について、契約時等に保護者に説明しておくことが重要である。

事業所等でこどもへ配慮している事については、家族も家庭で同様に対応している事である場合が多い。例えば、飛び出しがあった際の捜索体制や誤飲があった場合の対応等、事前に家族の相談に応じ事業所等での対応を説明すると共に保護者に助言できるとよい。

緊急時の対応・体制の確認

事故をゼロにすることはできないが、死亡や重篤な事故にならないよう、事故発生時の適切な対応を行うことは重要である。そのためには、まずは、各事業所等でどのような緊急事態が生じるか、その場合にどのように対応すべきかを事業所等内で話し合い、事故発生時の体制・対応マニュアルを作成しておく必要があるとともに、すべての職員が理解しておくことが重要である。

【緊急時の対応・体制の確認 P.34～】

地域や関係機関等との連携

事故発生時の協力体制や連絡体制を整えるとともに、関係づくりに日頃から努める必要がある。行方不明時の捜索、災害時の協力等、地域の人など職員以外の力を借り、こどもの安全を守る必要が生じる場合もあり、常日頃から地域とのコミュニケーションを積極的にとる。あわせて、いざという時の協力・援助を依頼しておくことについて検討する。

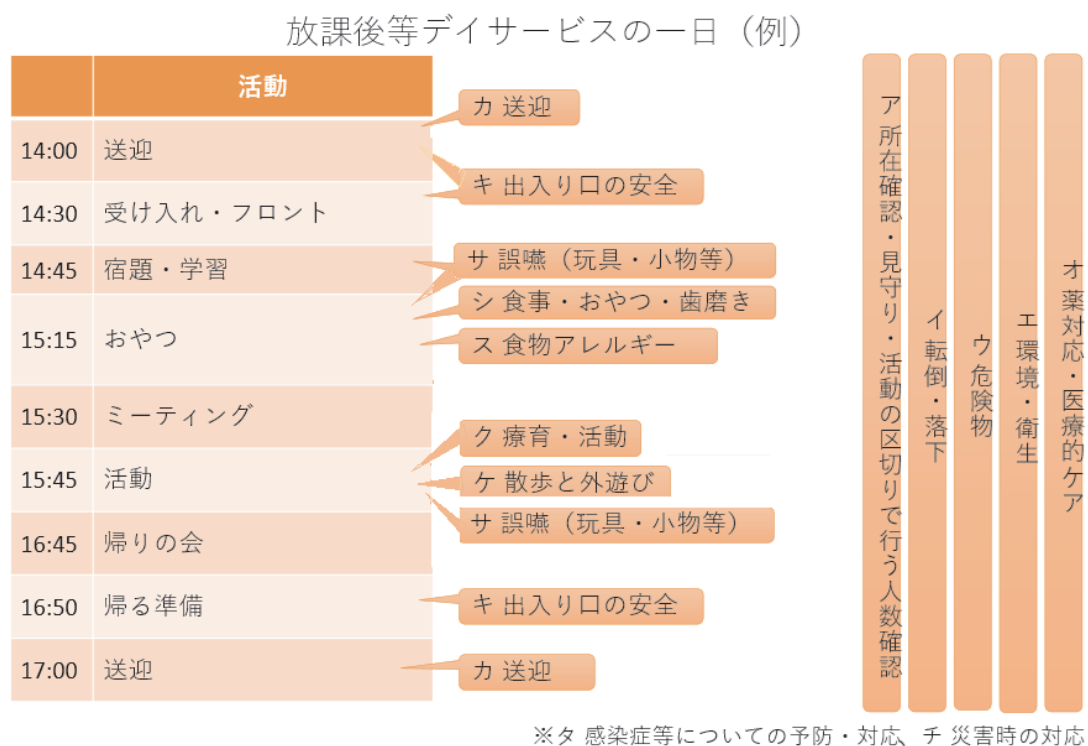
自治体との連携

各事業所等を所管する自治体からの事務連絡や案内については目を通すとともに、事故発生時の対応、連絡先、報告対象、報告様式等含めて不明な点があれば、自治体に確認して、緊急時にはすぐ対応できるようにしておく。

3. 事故の発生防止・予防・対応のための場面ごとの注意点

事業所等によって活動内容、スケジュール、場所・環境は様々であるため、まずは、自分の事業所等の活動内容や1日・年間のスケジュール、場所・環境を振り返り、それぞれの場面に、どのような危険があるか、事業所等で話し合い、認識することが重要である。その認識をした上で、場所・活動内容等に留意した事故の発生防止に取り組むことが重要である。例えば、送迎、睡眠中、プール活動・水遊び中、食事中、事業所等外活動等の場面等については、事故が起こる可能性が高いため、注意事項を踏まえて対応することが求められる。

(1) 事故が発生する場面



障害児入所支援の一日:平日（例）

	活動（例）	
	睡眠	セ 睡眠中
6:30	起床	サ 誤嚥（玩具・小物等）
7:30	朝食	シ 食事・おやつ・歯磨き
		ス 食物アレルギー
8:30	登校	キ 出入口の安全
16:00	下校	カ 送迎
17:00	入浴	キ 出入口の安全
		ソ 入浴中
19:00	夕食	サ 誤嚥（玩具・小物等）
		シ 食事・おやつ・歯磨き
19:00	余暇活動・遊び	ス 食物アレルギー
21:00	就寝	
	睡眠	セ 睡眠中

ア 所在確認・見守り・活動の区切りで行う人数確認

イ 転倒・落下

ウ 危険物

エ 環境・衛生

オ 薬対応・医療的ケア

※タ 感染症等についての予防・対応、チ 災害時の対応

障害児入所支援の一日:休日（例）

	活動（例）	
	睡眠	セ 睡眠中
6:30	起床	サ 誤嚥（玩具・小物等）
7:30	朝食	シ 食事・おやつ・歯磨き
		ス 食物アレルギー
8:30	余暇活動・遊び	サ 誤嚥（玩具・小物等）
12:00	昼食	シ 食事・おやつ・歯磨き
		ス 食物アレルギー
13:00	余暇活動・遊び	
17:00	入浴	ソ 入浴中
19:00	夕食	サ 誤嚥（玩具・小物等）
		シ 食事・おやつ・歯磨き
19:00	余暇活動・遊び	ス 食物アレルギー
21:00	就寝	
	睡眠	セ 睡眠中

ア 所在確認・見守り・活動の区切りで行う人数確認

イ 転倒・落下

ウ 危険物

エ 環境・衛生

オ 薬対応・医療的ケア

※タ 感染症等についての予防・対応、チ 災害時の対応

（２）事故を防ぐための注意事項

（すべての場面における注意事項）

ア 所在確認・見守り・人数確認

<事故発生のポイント>

こどもは、その場以外のことに興味や関心がある場合、こどもにとってその場にいることに何らかの不快を感じた場合等、何らかの理由で活動や集団から離れてしまうことがある。こどもの興味関心等を普段から把握し事前にこどもの行動を予測するといった予防策を行うことで、事故の防止につながるが、所在不明、飛び出し、置き去り等は、状況によっては死亡事故につながることもあり、事故が発生した時点で、早急に対応することも含めた更なる対応を事前に決めておく必要がある。

<安全管理のポイント>

◇ 人数確認を徹底する。こどもの所在は絶えず把握しておくこと。把握できるよう連携すること。

【人数確認のタイミング例】

- ・ 登園時
- ・ 部屋の移動時：移動する前と移動した後
- ・ 屋外活動時：出発するとき、目的地に着いた時、目的地を出るとき、到着時
- ・ 帰宅前

◇ 人数確認は、名前で必ず確認し、その場を管理している者に報告する等を行う。

◇ 屋外活動の時には、一人の職員があらかじめ把握できるこどもの人数、グループを決めておき、更に全体を把握する職員を置き、こどもにとって事故につながる危険がある出入り口等を常に確認する。人数の確認等は、職員は把握の責任のあるグループの他、全体を把握する職員の協力も得て、特に重要な場面ではダブルチェック体制をとる。（登園時には出欠確認者が各部屋等をまわって人数確認する、外から戻った時には職員室へ報告する等）

<事故発生時（所在不明時）の対応>

1. 厳守事項

- ① こどもがいないことに気が付いたら、すぐに周りに大きな声で伝える。
- ② 残ったこどもを担当する職員以外は事前に決められた事項に沿って捜索に出る。
- ③ 職員室等に本部を設置し、対応の責任者を置く。
- ④ 保護者の方に連絡し、状況を説明する。
- ⑤ 職員が協力して捜索し、〇分探しても見つからない場合は警察に連絡する。

2. 搜索の手順

[こどもの行方不明に気づいた時]

- ① 気づいた職員はすぐに大きな声で近くの職員に伝え、職員室に報告する。
- ② いなくなったことを聞いた職員は次々に伝言していく。
- ③ 職員室は、事前に協議されている事故対応の責任者、保護者に連絡する。
- ④ 事業所等内の場合は、他のこどもの安全を確認するとともに、緊急事態であることから他のこどもの把握漏れがないよう、玄関、テラス、窓からのこどもの出入りを職員が管理する。
- ⑤ 事業所等外で活動している場合は、すぐに残っているこどもを一箇所に集め、帰園する。

[警察への連絡]

- ① こどもが行方不明になって、〇分経って見つからない場合は、保護者に連絡後、警察に連絡する。

[こどもの搜索]

- ① いなくなったこどもの情報（氏名、年齢、服装、最後に確認した場所と時間、行方不明時の状況、好きな場所、行きたいと言っていた場所等）を搜索本部に伝える。
- ② 部署を守る（残ったこどもの安全を守る）職員以外は事前に決められた事項に沿って搜索に出る。
- ③ 事前に地域の関係各所へ行方不明の対応をお願いしている場合は、連絡し情報を得る。搜索に協力してもらう。
- ④ 搜索の状況は常に事故対応の責任者に情報を入れ、搜索に出ている職員全員に共有する。
- ⑤ いなくなったこどもを見つけ保護した時には、すぐに事故対応の責任者に見つけたこと、発見した場所を報告する。
- ⑥ 保護者に見つけたことを伝え、謝罪する。
- ⑦ 警察に連絡していた場合は、本部から警察に発見の連絡をする。

イ 転倒・落下

<事故発生のポイント>

弱視や視野狭窄、歩行不安定、突発的な行動への配慮が必要なこども、安全への理解が難しいこども等については、移動時や活動時等に転倒や遊具から落下する等の事故に対して特別な配慮が必要である。

通常の移動時でも濡れている路面、凍結している路面等、その時々状況に応じた対応が必要である。またこどもの体調等も把握し対応することが望ましい。遊具の使用には細心の注意を払うとともに、家具から落下、窓からの転落等、予期せぬ事故も起こりうることから、普段よりこどもの興味関心を理解するように努め、こどもの行動を予測、ありとあらゆる可能性を想像し事前の対応を検討したうえで職員間で共有し、予防に努める必要がある。

<安全管理のポイント>

- ◇ 遊具・窓等の安全確認・点検は、安全計画で位置づけ、担当を決め定期的に安全を確認する。
- ◇ こどもの状態に応じて、転落や窓からの飛び出し等の危険等がある場合は、事前に保護者の同意を得たうえで、窓からの飛び出しや転倒を防ぐために、開閉や鍵の工夫をする等配慮する。
- ◇ 転倒した際に重大な事故につながらないように、物理的な安全対策を講じるとともに、環境整備や片付けを徹底する。（例：コーナーをガードするものを設置する、おもちゃ等の置く恐れのあるものはすぐ片付ける、段差をなくす）

<事故発生時（けが等）の対応>

- ◇ 事故発生時には、けが等の緊急度に応じて、誰が何をすべきか、わかりやく具体化した手順書を事前に作成し、見やすい場所に掲示しておく。
- ◇ 全職員が緊急時にすぐ対応できるよう、手順書の内容や掲示場所は、研修や日常的な確認により、全職員が把握しておく。
- ◇ けがの状態は職員1人で判断せず、医療機関に受診することも含め軽度と思われるけがでも管理者に報告する。

[緊急度が高いと思われる場合]

- ・ 事前に決めている役割分担に基づき、直ちに対応する。
- ・ 管理者へ報告する。
- ・ 必要に応じて、心肺蘇生・応急処置を行う。動かせる場合は、けがをしたこどもを安全な場所に移動させ、更なるけがを防ぐ。
- ・ 保護者に事故の発生について直ちに連絡し、現在わかっている事実を説明する。病院受診の了解を得、付添いができるか確認する。保護者の付添いがない場合、状況説明し、指示に従って誠実に対応する。
- ・ 医療機関を受診する。必要と判断した場合には、直ちに119番通報をする。
- ・ 事故の状況を的確に把握する。（けが人、現場・周囲の状況等）

[緊急度が中程度の場合（頭部・顔面の外傷の時等）]

- ・事前に決めている役割分担に基づき、直ちに対応する。
- ・管理者へ報告する。
- ・応急処置を行う。
- ・保護者に事故の発生について連絡し状況を説明する。
- ・医療機関を受診する。受診する場合には保護者の同意を得る。
- ・事故の状況を的確に把握する。(けが人、現場・周囲の状況等)

[緊急度が低いと思われる場合（軽度のすり傷、切り傷、軽微の打撲時等）]

- ・事前に決めている役割分担に基づき、直ちに対応する。
- ・管理者へ報告する。
- ・応急処置を行う。
- ・事故の状況を的確に把握する。(けが人、現場・周囲の状況等)
- ・保護者に事故の発生について連絡し状況を説明する。医療機関の受診について保護者と相談し、必要に応じて医療機関を受診する。

[共有事項]

- ・こどもの生命と健康を優先し、応急処置は迅速に行う。
- ・受診の判断に迷う場合には受診する。
- ・職員は事故の状況やこどもの様子に動揺せず、またこどもの不安を軽減するように対応する。

ウ 危険物

<事故発生のポイント>

こどもは、発達の状況においては、器具等の使い方がわからない場合がある。また危険について教えてもらっていない、理解が難しい場合等のために、器具等の使い方を誤り、けがをする、または他の人を傷つけてしまう場合がある。

<安全管理のポイント>

- ◇ ハサミ、カッターなど危険な物は、こどもの手の届く場所に置かず、規定の場所に置き管理する。
- ◇ 刃物類を使う時は職員が寄り添う。(本来の目的とは違うことで使う可能性を考慮)
- ◇ シュレッダー等は、使用后、必ず電源を切り、コンセントを抜く。
- ◇ ガラスや食器が割れた時は、掃除機をかけ、割れた破片は新聞等に包み、テープでとめて、割れ物と記載して、割れ物ゴミ箱に入れる。
- ◇ 洗剤、ハイターなどの薬品類に配慮が必要な場合は、こどもの手に触れない所に保管し、規定の場所で管理する。

<事故発生時の対応>

◇ けがをした場合は、イ．転落・落下の項参照

◇ 異物等を誤って飲み込んでしまった場合は、オ．薬対応・医療的ケア、サ．誤嚥参照

エ 環境・衛生

<事故発生のポイント>

こどもが活動、生活する環境の整備は重要である。日常より掃除と整理整頓を行うことを基本としながら、修繕箇所が出来たら早急に修繕することや、机の角等、転倒した時にぶつかるとうけがにつながるような箇所に配慮をする等のこどもの発達や障害特性に合わせた配慮も重要である。

衛生に関しても、消毒等を心がけるとともに、おやつや料理の活動、食事場面で食品を扱う場合等の配慮も徹底する必要がある。

<安全管理のポイント>

◇ 活動や事業所等の危険箇所は、安全計画策定時のみならず年間の計画の中で定期的に確認・点検することが重要である。確認・点検の際には、チェックリストを活用する。

◇ 日常的な環境整備が重要である。見えるところだけではなく見えない死角（例：棚の中、冷蔵庫、洗濯機等）や、窓際の家具等の設置状況に関して安全に注意する。

◇ 食事前後のテーブルは、水拭き後アルコール消毒を行う。（食後は、表だけではなく裏も拭く）

◇ 支援の基本は、整理整頓、清潔であるため毎日掃除を行う。

◇ こどもが誤って口に入れてしまわないよう、落ちているごみはすぐ拾い、おもちゃ等はすぐに片づける。

【参考2：安全管理のチェックリストの例 P.41～】

<事故発生時（けが等）の対応>

◇ けがをした場合は、イ．転落・落下の項参照

◇ 異物等を誤って飲み込んでしまった場合は、オ．薬対応・医療的ケア、サ．誤嚥参照

オ 薬対応・医療的ケア

<事故発生のポイント>

食事場面前後等、職員のこどもへの支援がより重なる場面において、こどもへの誤与薬等の事故が起こることは少なくない。また服薬については、引継ぎ不足等の要因から服薬時間の間違いや飲ませ忘れ等の事故も起こっている。こどもの心理的な状態によっては薬の過剰摂取等もあり、薬の管理も欠かせない。

医療的ケアが必要なこどもについては、呼吸器等の機器が外れる、機器の設定がずれることのように細心の注意を払い、外れる、設定がずれる等があった場合にすぐに気づける

体制をとる必要がある。

<安全管理のポイント>

- ✧ 保護者との連携に努め、服薬については、服薬の事実が発生した時、服薬の変更があったときには必ず連絡を受けるようにしておく。継続した服薬についても適時服薬について確認するように努める。
- ✧ 事業所等は、利用するすべてのこども毎に、薬の種類・服薬方法等が確実に分かるよう、情報・資料を整理しておく。
- ✧ こどもが誤って飲んでしまわないよう、薬は保護者から必ず手渡しで預かる。
- ✧ 薬を預かった後は、ボード等に記載し職員間で当日の服薬情報が共有できるようにする。
- ✧ 薬は決められた場所で管理する。
- ✧ こどもが誤って、他のこどもの薬を服用することのないよう、施錠した場所等への保管など管理を徹底する。
- ✧ 服薬の際は、用量・用法の誤りや、重複・漏れが生じないように、複数職員で確認を行う。また、与薬後は観察を十分に行う。
- ✧ 薬の色や量がいつもと違う時、その他不明な点はすぐに報告する。
- ✧ 薬を飲ませる時は、こどもが多い場所は避け、落ち着いた場所で飲ませるようにする。飲んだことを確認する。
- ✧ 薬を使う目的・薬効、副作用等を十分に理解するように努める
- ✧ こども自身での服薬管理が可能な場合も、こどもに任せきりにせず服薬が適切に行われているか適時確認する。
- ✧ 発作時等の、ダイアアップ等の使用に関しては、事前に保護者と個別支援計画で確認する。実際使用する場合は必ず担当職員に連絡し、保護者に確認してから使用する。緊急時は個別の支援計画に基づき看護師などチームで対応する。
- ✧ 医療的ケアの必要なこどもは、マニュアルに沿って対応し、細心の注意を払う。

<事故発生後（飲ませ忘れ、飲ませ違い、誤飲があった場合）の対応>

- ✧ すぐに報告する。（報告の優先順位を事前に決めておく、（例）優先順位は①医務担当②管理者）
- ✧ 報告を受けたものは、状況に応じて医師に今後の対応を確認する。
- ✧ 保護者にも速やかに連絡をする。

(場面ごとの注意事項)

力 送迎

i) 送迎車への置き去り

<事故発生のポイント>

送迎用バスの降車時に、運転手、乗務員ともに、送迎用バスにこどもが残っていないか確認を行うことや、乗車時、降車時の人数確認等の手順を決めておくことが重要である。

内閣官房、内閣府、文部科学省、厚生労働省の連名で、「こどものバス送迎・安全徹底マニュアル」が取りまとめられている。

<安全管理のポイント>

- ◇ 送迎を誰が担当しても、確実に見落としを防ぐことが重要であり、毎日使えるチェックシートを印刷して運転手席に備え付けておくなどして、見落としがないかの確認を毎日確実に行う。
- ◇ 送迎におけるこどもの安全の確保のためには、全職員・関係者が共通認識をもって取り組むこと、管理者の責任の下で、こどもの安全・確実な登園・降園のための安全管理を徹底する体制を作ることが重要である。
- ◇ 安全管理を徹底する体制については管理者自ら定期的に確認する。特に年度初めや職員の異動がある場合には必ず確認するようにする。
- ◇ 送迎業務にあたっては、登園時にすべきこと（事前準備、乗車時、降車時、降車後にすべきこと）、降園時にすべきこと（事前準備、乗車時、降車時、降車後にすべきこと）を整理する。
- ◇ 特に、置き去りによる重篤な事故を防ぐために、次の点等に気を付ける。

[事前準備]

- ・出席管理責任者は、当日の出欠を確認し、乗車名簿に反映する。
- ・出席管理責任者は、乗車名簿を運転手、同乗職員、管理者、主任職員、担当職員と共有する。

[乗車時]

- ・同乗職員は、こどもの顔を目視し、点呼等し、乗車を確認し、記録する。
- ・同乗職員は、乗車場所に乗車すべきこどもがいない場合や乗車しないはずのこどもがいる場合などは、速やかに出席管理責任者に連絡する。
- ・連絡を受けた出席管理責任者は、保護者に速やかに連絡して確認する。

[降車時]

- ・同乗職員は、こどもの顔を目視し、点呼等し、降車を確認し、記録する。
- ・運転手は、見落としがないか、車内の先頭から最後尾まで歩き、座席下や物かげなども含め一列ずつ車内全体を見回り、確認する。
- ・その日の確認業務を補助する職員も同様に確認する。

- ・運転手は、置き去り防止を支援する安全装置が動作していることを確認している。

[降車後]

- ・降車後、担当職員は、乗車名簿とその日の出欠状況を照合し、出席管理責任者に報告する。
- ・情報に齟齬がある場合、出席管理責任者は、速やかに出欠について確認を行うとともに、管理者等に報告する。
- ・車内清掃・点検等を行う者は、見落としがないか最終確認する。

- ◇ 送迎用バス内におけるこどもの席を指定しておくことは、所在確認をしやすくし、見落としを防止する効果が期待されるため、事業所等の実情に応じて、席の指定を取り入れる。
- ◇ 大人が万全の対応をすることでこどもを絶対に見落とさないことが重要だが、万が一車内に取残された場合の危険性をこどもたちに伝えとともに、緊急時には外部に助けを求めるための行動がとれるよう、こどもの発達に応じた支援を行うことも考えられる。
- ◇ その際、こどもたちが園生活を通じてのびのびと育つことを第一に考え、送迎車両に乘ることに不安を与えないよう十分留意する必要がある。

[支援の例]

- ・周囲に誰もいなくなってしまった場合を想定してクラクションを鳴らす訓練を実施
- ・乗降口付近に、こどもの力でも簡単に押せ、エンジンを切った状態の時だけクラクションと連動して鳴らすことができるボタンを設置
- ◇ 事業所等の送迎車両（2列以下の自動車を除く。）については、置き去り防止を支援する安全装置の装備が義務化されているため（児童発達支援事業所、児童発達支援センター、放課後等デイサービス事業所が対象）、ガイドラインに適合している製品かどうか留意しつつ、装備を導入する。
- ◇ こども家庭庁の HP に、「こどものバス送迎・安全徹底マニュアル（内閣官房・内閣府・文部科学省・厚生労働省）（令和4年10月12日）」や研修動画、ガイドラインに適合している製品等の送迎用バスの安全対策に関する情報が掲載されており、それらも参考にして、事業所等の状況を踏まえて安全対策を講じることが重要である。

【参考】

こども家庭庁ホームページ「送迎用バスの安全対策」

URL：https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/anzen_kanri/

「こどものバス送迎・安全徹底マニュアル」

「毎日使えるチェックシート」

「送迎業務モデル例」

「安全管理マニュアル研修動画」

「研修動画資料」

<事故発生時の対応>

- ◇ 事故発生直後、まず、こどもの健康状態の確認し、その後直ちに管理者に報告をする。
- ◇ 所在不明の場合は、ア．所在確認・見守りの項参照
- ◇ 体調不良の場合は、イ．転落・落下の項参照

ii) 車内の安全と車両事故

<事故発生のポイント>

送迎中は、車内でのこども同士のトラブルやシートベルトの着用等、車内での安全への配慮が必要である。またどんなに注意していても交通事故が起こることがあることから、交通事故が発生した時の対応も事前に計画されているとよい。

<安全管理のポイント>

- ◇ 管理者は、運転する職員の体調を把握するように努める。
- ◇ 障害児入所施設の職員は、宿直後は、公務で運転しない等、職員の体調に応じた運転の決まりを設けておくことが望ましい。
- ◇ 安全運転管理者（いない場合は、外部からの講師を招く等して）による安全管理に関する研修を行う。

<事故発生時の対応>

- ◇ 事故発生時に対応について、車内に車両事故発生時のマニュアルを常備しておく
- ◇ 事故発生直後、まず健康状態の確認をし、その後直ちに報告をする。
 - ①被害者、けが人の救護
 - ②119 番、110 番、事業所等へ連絡をする
 - ③相手方の連絡先を聞く。事業所等の連絡先を伝える。
 - ④保険会社へ連絡する。
- ◇ 落ち着いた対応を心がける
- ◇ 保護者へ連絡する。

キ 出入口の安全

<事故発生のポイント>

出入口からこどもが出ていき、行方不明・見失い等の結果、交通事故や溺水等の重篤な事故につながることもある。

また、出入口では、ドアや窓に手や指を挟むけがや、窓やベランダ等からの落下も起こりうるため、出入口の安全に注意する必要がある。

<安全管理のポイント>

◇ 外への出入り口にこどもが近づける事業所等においては、こどもが勝手に外へ出ていかないうような措置を講じる。

例) こどもの手が届かない場所に鍵を設置する。外に出るとき、中に入る時には保護者の同意を得て、出入り口に必ず鍵をかける等の対応をする。

◇ 玄関・テラス・車・ドア・窓等を閉める時には、必ず、こどもの手や足がないか声掛けと目で確認し、ゆっくりと閉める。

◇ 車、バス、クラス、ホール、オープントイレ、園庭等、いかなる場所でも、こどもだけにしない。

◇ 指を挟まないように、例えば窓や扉に指はさみ防止のためのカバーやタオルを設置する。

<事故発生時の対応>

◇ 所在不明の場合は、ア. 所在確認・見守りの項参照

◇ けがをした場合は、イ. 転落・落下の項参照

ク 療育・活動

<事故発生のポイント>

療育場面や生活場面においては、例えば、自らの転倒・衝突、他児からの危害、こども同士の衝突、遊具・窓等からの転落、玩具・遊具等施設・設備の安全上の不備による事故、誤飲・誤食・異食（飲食物ではないものを食べたり飲んだりした）、蜂やマムシ等にかまれる等のことが起こりうる事が予想される。

<安全管理のポイント>

◇ 事業所等によって活動内容、スケジュール、場所・環境は様々であるため、まずは、自分の事業所等の活動内容や1日・年間のスケジュール、場所・環境を振り返り、どのような危険があるか、事業所等内で話し合い、認識することが重要である。

◇ その認識をした上で、場所・活動内容等に留意した事故の発生防止に取り組むことが重要である。

◇ また、基本的な事項として次のような点に気をつけるべきである。

- ・ 活動ごとに必ず職員の役割分担を決めて行う。
- ・ 離れた距離にいる職員間での声かけの際、声を掛けた相手の職員が返事をして、初めて伝わったこととなる。返答がない場合は、返答があるまで、声を掛ける。
- ・ 通所支援事業所であれば、受け入れ時や朝の会、入所施設であれば、起床時や施設に戻った際に視診を行う。（自然に）同性の職員で必要に応じて身体も見る。特に腕等噛まれやすい所に注意する。
- ・ 水分補給は必ず行う。特に夏の戸外活動の際は、こまめに行う。水分をとれないこどもは、首を冷やす、頭を濡らすなどの対策を考える。

<事故発生時の対応>

- ◇ 所在不明の場合は、ア. 所在確認・見守り・人数確認の項参照
- ◇ けがをした場合、体調不良の場合は、イ. 転落・落下の項参照
- ◇ 異物等を誤って飲み込んでしまった場合は、オ. 薬対応・医療的ケア、サ. 誤嚥参照

ケ 散歩と外遊び

<事故発生のポイント>

普段、活動していない場所や施設外での活動を行う際は、事前に道幅や車両の混雑状況、公共の場の状況を把握したうえで安全に配慮し活動を計画する。その際、事故が発生した場合の連絡体制や応援体制についても事前に協議しておく。

<安全管理のポイント>

- ◇ 散歩や外に出かけるときは、発達やこどもの特性に応じて手をつなぐ等の配慮をする。
- ◇ 常に人数を確認し、全体を把握する体制を心がける。移動の場合は、先頭と最後を確認しながら移動する等、活動に応じた把握の仕方を事前に検討し共有する。
- ◇ 散歩の時、車道に飛び出す危険があるこどもには十分気を付ける。
- ◇ 歩道を歩く時は、出来る限り職員が道路側を歩く。
- ◇ 公園等では、飛び出しの危険があるこどもは、必要に応じて一対一対応とする。
- ◇ 散歩コースは事前に危険箇所等を事前に確認し、先頭と最後に職員を配置する。

<事故発生時の対応>

- ◇ 所在不明の場合は、ア. 所在確認・見守り・人数確認の項参照
- ◇ けがをした場合、体調不良の場合は、イ. 転落・落下、セ. 睡眠の項参照
- ◇ 異物等を誤って飲み込んでしまった場合は、オ. 薬対応・医療的ケア、サ. 誤嚥参照

コ プール活動・水遊び中・熱中症

<事故発生のポイント>

プール活動・水遊び中の事故は、発生しやすく、重大な事故につながりやすい。また、気温の高い日が続くと、熱中症事故の発生も懸念される。

こどもの発達の状況や体調等を十分に配慮し、活動を計画する必要がある。また事故発生時に備え、心肺蘇生法を始めとした応急手当等及び 119 番通報を含めた緊急事態への対応について教育の場を設け、緊急時の体制を整理し共有しておくことも重要である。

<安全管理のポイント>

i). プール活動・水遊びの事故防止

- ◇ 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。

☆ プール遊びの時は、色のはっきりした帽子等をかぶり、緊急時に対応できるよう笛を持ってプール全体を把握する職員を必ず配置する。（こどもは静かに溺れてしまうため）

☆ 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。

☆ 事業者は、職員等に対し、心肺蘇生法を始めとした応急手当等及び 119 番通報を含めた緊急事態への対応について教育の場を設け、緊急時の体制を整理し共有しておくとともに、緊急時にこれらの知識や技術を活用することができるように日常において実践的な訓練を行う。

☆ 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、こどものプール活動・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。

☆ ホースの水は手足を洗う時以外は直接こどもにかけない。感覚過敏や不安に配慮をする。

【参考】

消費者庁「幼稚園等のプール活動・水遊びでの溺れ事故を防ぐために」（2019 年 4 月公表）

- ・ プール活動・水遊び監視のポイント

URL :

https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/teaching_material/pdf/teaching_material_200527_0001.pdf

- ・ プール活動・水遊びに関するチェックリスト（園長用）

URL :

https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_003/pdf/report_003_190617_0001.pdf

- ・ プール活動・水遊びに関するチェックリスト（スタッフ用）

URL :

https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_003/pdf/report_003_190617_0002.pdf

<事故発生時の対応>

☆ けがをした場合、体調不良の場合は、イ．転落・落下の項参照

ii). 熱中症事故の防止

[環境の整備等]

☆ 熱中症事故は、命に係わる危険があるが、適切な環境の整備等を行うことで予防が

可能であるため、以下のような点に留意する。

- ・活動前に適切な水分補給を行うとともに、必要に応じて水分や塩分の補給ができる環境を整える。
- ・活動中や活動終了後に水分や塩分の補給を行う。
- ・熱中症の疑いのある症状が見られた場合には、早期に水分・塩分補給、体温の冷却、病院への搬送等適切な処置を行う。
- ・こどもが送迎用バスに置き去りにされた場合、命の危険に関わる熱中症事故のリスクが極めて高いことから、「送迎用バスへの乗降車の際に点呼等の方法でこどもの所在を確認すること」、「送迎用バスへの安全装置の装備及び当該装置を用いてこどもの降車の際に所在を確認すること」が必要である。
- ・併せて、置き去り事故の防止を徹底する観点から、運転席に確認を促すチェックシートを備え付けるとともに、車体後方にこどもの所在確認を行ったことを記録する書面を備えるなど、こどもが降車した後に運転手等が車内の確認を怠ることのないよう万全を期す。

[各種活動実施に関する判断]

◇ 熱中症事故の防止のためには、暑熱環境において各種活動を中止することを想定し、その判断基準と判断者を、各施設等における危機管理マニュアルなどにおいて予め具体的に定め、職員間で共通認識としておくことが有効であり、熱中症の危険性を判断する基準としては、暑さ指数（WBGT（湿球黒球温度）：Wet Bulb Globe Temperature）を用いることが考えられる。

◇ 暑さ指数については、環境省の「熱中症予防情報サイト」で地域ごとの実況値・予測値を確認できるほか、環境省・気象庁による熱中症警戒アラート（熱中症の危険性が極めて高くなると予測される際（暑さ指数が 33 を超える場合）に、国民に対し危険な暑さへの注意を呼びかけ、熱中症予防行動をとっていただくよう促すための情報。）も確認することができるので、各種活動の実施に関する判断材料とする。

[こどもに対する声掛け]

◇ 熱中症事故の防止に関して、こどもが自ら体調を意識し、必要な時には人に伝えられるようになるよう、以下のような事項を発達段階等に応じて適切に促すこと。

- ・暑い日には帽子を着用すること、薄着になる。
- ・身体を動かして遊んだり、施設の外に出掛けたりする時は、こまめに水分を補給し休憩をとる。
- ・体調がいつもと違うと感じた時には、すぐに職員に伝える。

<事故発生時の対応>

◇ けがをした場合、体調不良の場合は、イ．転落・落下の項参照

サ 誤嚥（玩具、小物、薬品等）

<事故発生のポイント>

こどもは、発達の状況、こどもの特性においては、玩具等の異物を口に入れてしまう場合がある。そのことによって、誤飲・誤食・異食（飲食物ではないものを食べたり飲んだりした）してしまう場合がある。虐待等の不適切な養育等を受けたこども等においても、誤飲をしてしまう場合があり誤飲、誤食、異食をした場合の対応を検討しておく必要がある。年令や障害の特性等に応じた玩具の選定、物品の管理等が重要である。

<安全管理のポイント>

- ◇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、そのこどもの行動に合わせたものを与える。
- ◇こどもが、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、事業所等内で情報を共有し、除去することが望ましい。
- ◇こどもの口に入る大きさ（直径約4cm未満）のものを周りに置かない。
 - ・こどもの口の大きさは3歳児で直径約4cm。これより小さいものは子供の口にすっぽり入り、窒息の原因になる危険がある。直径4cm未満のものは子供の周りに置かないようにする。
 - ・おもちゃなど、飲み込む危険がない大きさかどうかを確認する際は、市販の誤飲チェックカーを利用すると便利である。

【参考】

「えっ？そんな小さいもので？」子供の窒息事故を防ぐ！（政府広報オンライン）

URL：<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201809/2.html>

<事故発生時の対応>

- ◇異物を飲み込んだ時、吐かせる、水や牛乳を飲ませるなど、原因物質ごとに適した処置を行う。特に吐かせてはいけないうものに注意すること。
- ◇異物を飲み込んだ可能性のある時は、直ぐに報告する。（報告する優先順位を事前に検討しておく（例）優先順位は①看護師等 ②管理者）
- ◇保護者に連絡し、必要に応じて医療機関を受診する。

シ 食事・おやつ・歯磨き

<事故発生のポイント>

食事場面（おやつも含む。）において、こどもの特性、咀嚼・嚥下機能や食行動の発達状況、喫食状況、アレルギーその時の体調等により、食事による窒息等の危険があることに十分に注意し支援する必要がある。

<安全管理のポイント>

◇職員は、こどもの食事に関する情報（咀嚼・嚥下機能や食行動の発達状況、喫食状況、アレルギー）について職員間で共有する。また、食事の前には、保護者から聞き取った内容も含めた当日のこどもの健康状態等について情報を共有する。

◇こどもの年齢月齢によらず、普段食べている食材が窒息につながる可能性があることを認識して、食事の介助及び観察をする。

◇食事の介助をする際の注意としては、以下のことなどが挙げられる。

- ・ ゆっくり落ち着いて食べることができるようこどもの意志に合ったタイミングで与える。
- ・ こどもの口に合った量で与える（一回で多くの量を詰めすぎない）。
- ・ 食べ物を飲み込んだことを確認する（口の中に残っていないか注意する）。
- ・ 汁物などの水分を適切に与える。
- ・ 食事の提供中に驚かせない。
- ・ 食事中に眠くなっていないか注意する。
- ・ 正しく座っているか注意する。

◇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。

<事故発生時の対応>

◇食事中に誤嚥が発生した場合、迅速な気付きと観察、救急対応が不可欠であることに留意し、事業所等の状況に応じた方法で、こども（特に乳児）の食事の様子を観察する。特に食べている時には継続的に観察する。

◇けがをした場合、体調不良の場合は、イ．転落・落下の項参照

ス 食物アレルギー

<事故発生のポイント>

アレルギーについて、事業所等を利用する前に必要であれば医療の協力も得ながら情報収集に十分に努めるようにし、アレルギーへの配慮を徹底し、万が一アナフラキシーショック等をこどもが起こした場合の対応についても事前に計画し、エピペンの投薬等についても準備し訓練しておく必要がある。

<安全管理のポイント>

☆ アレルギーについて事業所等での配慮が必要な場合、保護者から申し出てもらうことが必要である。幼稚園や小学校等で使っている学校生活管理指導表や、保育所で使っているアレルギー疾患生活管理指導表を提出してもらうことも考えられる。食物の除去については、医師の診断に基づいた対応を行い、完全除去を基本とする。

【参考】学校生活管理指導表、アレルギー疾患生活管理指導表

URL : https://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_R010100/R010100.pdf

【参考】学校生活管理指導表（幼稚園用）

URL :

https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.hokenka.or.jp%2Fpublication%2Fxlsx%2Ftextbook_yochien_2020_3.xlsx&wdOrigin=BRO

WSELINK

☆ 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こどもが事業所等にいる場合、除去食または代替食による対応が必要である。

☆ 事業所等では、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、食事後にこ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。

☆ 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（発達支援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。

☆ エピペンをすぐ使えるところに置いておく。すぐ使えるように研修しておく。

☆ 自らの事業所等において、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。

（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象、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、自らの事業所等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。

（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。

<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。
- ・食物アレルギーのこ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、食物アレルギーのこ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、食物アレルギーのこどもの調理、配膳、食事の提供までの間に二重、三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、発達支援等で配膳する時)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。

◇ 事業所等における食物アレルギーへの対応については、「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)及び「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)を参考に取り組む。

【参考】

保育所におけるアレルギー対応ガイドライン

URL：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku03.pdf>

【参考】

学校給食における食物アレルギー対応指針

URL：

http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2015/03/26/1355518_1.pdf

◇ 効果的な事故防止のために、声に出して指差し確認するなど確実な確認を実践する。

【参考 3：食物アレルギーの対応の例 P.43～】

セ 睡眠中

<事故発生のポイント>

こどもの発達の状況や障害の特性、医療の状況に応じた寝かせ方を徹底し、こどもの睡眠時の窒息やけがに繋がらないように支援する必要がある。睡眠時に体に絡まりつくようなひも状のものを置かないなどの安全な睡眠環境を整えることも重要である。また睡眠時の定期的な確認等を行うことも徹底する必要がある。

<安全管理のポイント>

- ◇ 医学的な理由で医師からうつぶせ寝をすすめられている場合以外は、乳児の顔が見える仰向けに寝させることが重要である。
- ◇ 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。
- ◇ こどもの数、職員の数に合わせ、定期的にこどもの呼吸・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。
- ◇ 布団類は、整理整頓して清潔に保つ。
- ※ 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、事業所等内で共有する。

<事故発生時の対応>

- ◇ 体調不良、嘔吐、昏睡、呼吸停止、発作、中毒症状等の体の異常に気付いた時は、緊急度に応じて、誰が何をすべきか、わかりやく具体化した手順書を事前に作成し、見やすい場所に掲示しておく。
- ◇ 全職員が緊急時にすぐ対応できるよう、手順書の内容や掲示場所は、研修や日常的な確認により、全職員が把握しておく。
- ◇ 体の異変が起こっている場合は職員1人で判断せず、医療機関に受診することも含め管理者に報告する。

[緊急度が高いと思われる場合（心肺停止、呼吸困難、意識障害、昏睡、発作、中毒等）]

- ・ 事前に決めている役割分担に基づき、直ちに対応する。
- ・ 管理者へ報告する。
- ・ 必要に応じて、心肺蘇生・応急処置を行う。
- ・ 保護者に直ちに連絡し、現在わかっている事実を説明する。病院受診の了解を得、付添いができるか確認する。保護者の付添いがない場合、状況説明し、指示に従って誠実に対応する。
- ・ 医療機関を受診する。必要と判断した場合には、直ちに119番通報をする。
- ・ 体調が変化した状況を的確に把握する。（こどもの行動、環境の状況等）

[緊急度が中程度の場合（嘔吐、発熱、下痢）]

- ・ 事前に決めている役割分担に基づき、直ちに対応する。
- ・ 管理者へ報告する。
- ・ 応急処置を行う。
- ・ 保護者にこどもの健康状態について連絡し状況を説明する。
- ・ 医療機関を受診する。受診する場合には保護者の同意を得る。
- ・ 体調が変化した状況を的確に把握する。（こどもの行動、環境の状況等）

ソ 入浴中

<事故発生のポイント>

入浴時は、床での転倒、てんかん発作への配慮、やけどの危険性等、より注意を払う場面が多くある。また入浴時は、個別に対応していることが多く、集団で活動、生活している状態に比べ、助けを求めづらい環境にある。事前に緊急時の対応を検討し計画に盛り込む必要がある。

<安全管理のポイント>

- ◇ てんかん発作による溺れ、転倒による打撲、やけど等の危険に配慮する。
- ◇ 緊急時を予測した対応を事前に検討し計画に盛り込んでおく。

<事故発生時の対応>

- ◇ けがをした場合、体調不良の場合は、イ．転落・落下、セ．睡眠の項参照
- ◇ 異物等を誤って飲み込んでしまった場合は、オ．薬対応・医療的ケア、サ．誤嚥参照

(3) その他の安全管理上の予防や対応

タ 感染症等についての予防・対応

<事故発生のポイント>

インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、ノロウイルス等の感染症については、対応が遅れると集団感染につながる恐れがある。こどもの発熱等の変化に気づくように心がけ、嘔吐等あった場合は、感染が拡大しないように対策する必要がある。

<安全管理のポイント>

- ◇ こどもの睡眠、健康状態を把握し、体調の変化に気づくことができるようにする。
- ◇ 本人の普段の状態と異なる下痢症状がある場合は、報告をする。
- ◇ 発熱を確認した場合は、事業所等内での報告を徹底する。
- ◇ 自己判断はしない。対応については複数で協議する。
- ◇ 手洗い・うがいの徹底
- ◇ キッチン、調理器具等の衛生。調理を伴う活動時での食材等へ十分に気を配る。
- ◇ 排泄物、吐瀉物の後始末に関しては、ゴム手袋をする事を徹底する。
- ◇ 嘔吐の後は、消毒をする。
- ◇ 嘔吐があった場合は、場の状況を把握し、こども達の把握にも努める。
- ◇ 嘔吐、吐血があった場合にはすぐに報告をする。
- ◇ 状況に応じて保健所への届け出を行う。

<事故発生時の対応>

- ◇ 体調不良の場合は、イ. 転落・落下、セ. 睡眠の項参照
- ◇ 異物等を誤って飲み込んでしまった場合は、オ. 薬対応・医療的ケア、サ. 誤嚥参照

チ 災害時の対応

災害時の対応マニュアルは、その地域や事業所等の実情に応じ、地域の防災計画や具体的な施設の構造、児童の特性等に応じて作成するとともに、緊急時にすぐ対応できるよう、実践的な訓練により体得しておくことが重要である。また、マニュアルは目の届くところに置いておく必要がある。

災害時には、マニュアルに則り迅速に行動する。

【災害時対応マニュアルの例 P.47】

4. 障害の特性に応じて留意する事項

それぞれのこどもの障害特性、発達の状況、興味関心等を理解することは、危険の予測や事故防止につながる。視覚障害、聴覚障害、盲ろう、知的障害、発達障害、精神的に強い不安や緊張を示すこども、肢体不自由のこども、病弱・身体虚弱のこども、医療的ケアが必要なこども、重症心身障害のあるこども、虐待等の不適切な養育等を受けたこども等、障害や特性、それぞれのこどもの発達の状況についての理解を深める。

また、個別支援計画、保護者からの情報提供、普段のこどもの観察、研修等を活用して、一人一人のこどもの障害特性やニーズを把握して支援にあたる。把握した情報は、こどもに関わる全ての職員で漏れなく共有し、引き継ぐようにする。

- 視覚に障害のあるこどもに対しては、言葉で情報を伝えることが大切である。また、周囲の状況や危険箇所等の情報については、聴覚、触覚及び保有する視覚等を活用して、普段から伝えておくことが大切である。
- 聴覚に障害のあるこどもに対しては、視覚を用いた情報伝達が有効である。絵や図を用いる、口の形を読み取る、手話、筆談や身振りなど、一人一人の状況に合わせて、本人の希望する方法で周囲の状況や危険箇所等の情報を伝え、コミュニケーションをとることが重要である。相手の視野に入ることが大切である。
- 目（視覚）と耳（聴覚）の両方に障害のある盲ろうのこどもに対しては、手のひらに文字を書いて伝える、物を直接触ってもらい確認してもらう等、一人一人の状況に合わせて、本人の希望する方法で周囲の状況や危険箇所等の情報を伝え、コミュニケーションをとることが重要である。
- 知的障害のあるこどもに対しては、ゆっくりと、はっきりと、具体的に、短い文章で説明することが重要である。ゆとりや見通しをもって活動に取り組めるよう、手順を丁寧に伝える等、配慮するとともに、周囲の状況に応じて安全に行動できるようにすることが必要である。
- 発達障害のあるこどもに対しては、予定等の見通しをわかりやすくする、感覚の特性（感覚の過敏や鈍麻）に留意し、安心できる環境づくりが必要である。また、具体的または視覚的な手段を用いながら、活動や場面の理解ができるようにすることが必要である。
- 精神的に強い不安や緊張を示すこどもに対しては、不安をやわらげることが大切である。落ち着いた態度で接するとともに、情報を伝える際には、大きな声や指示的な口調は、

不安にさせる可能性もあるので控えて、状況を具体的に、わかりやすく、簡潔に説明する。話をする場合は、一度に多くの内容を盛り込まず、一つずつ伝えるようにすることが必要である。

○ 肢体不自由のこどもに対しては、転倒・落下・衝突・躓きが重大事故につながるおそれがあるため、それらを未然に防ぐことが重要である。環境整備、こどもに手の届く範囲から大人が離れない、座位保持椅子・バギー・車いす等に乗せた時に腰ベルトをしたか指差し確認をするなど、普段から気を付けることが大切である。

○ 病弱・身体虚弱のこどもに対しては、病気の状態等に十分に考慮し、事前に、主治医からの指示・助言や保護者からの情報を把握するとともに、継続的に情報を共有しつつ、その子にあった配慮をしながら支援を行うことが必要である。治療過程で運動や日常生活上での様々な制限を受けていることもあるため、注意が必要である。

○ 医療的ケアが必要なこどもや重症心身障害のあるこどもに対しては、心身や健康の状態、病気の状態等を十分に考慮し、事前に、主治医からの指示・助言や保護者からの情報を把握するとともに、継続的に情報を共有しつつ、その子にあった配慮をしながら支援を行うことが必要である。酸素吸入が必要な場合は酸素吸入装置を常備する、電源が必要な機器の取り扱いや充電に注意する等も必要である。転倒・落下・衝突・躓きが重大事故につながるおそれがあるため、それらを未然に防ぐことが重要である。環境整備、こどもに手の届く範囲から大人が離れない、座位保持椅子・バギー・車椅子等に乗せた時に腰ベルトをしたか指差し確認をするなど、普段から気を付けることが大切である。

○ 虐待等の不適切な養育を受けたこどもに対しては、自傷・他害のリスクが高まるため配慮が必要である。例えば、自傷・他害に繋がる刃物、薬、火の元、コード類等を管理するとともに、窓から落ちたり飛び降りたりしないように窓を施錠する等の対応をとる必要がある。失踪や飛び出しを防ぐために、出入口にも気を配る必要がある。

○ アレルギーのこどもに対しては、保護者からアレルギーの確認をして個別に必要な食事の対応をとるだけでなく、エピペンを活動の部屋や配膳時のすぐ手の届くところに置いておく、エピペンの使い方を職員が理解しておくこと等も必要である。

5. 緊急時の対応・体制の確認

事故をゼロにすることはできないが、死亡や重篤な事故にならないよう、事故発生時の適切な対応は重要である。そのためには、まずは、各事業所等でどのような緊急事態が生じうるか、その場合にどのように対応すべきかを事業所等で話し合い、事故発生時の体制・対応マニュアルを作成しておく必要がある。併せて、その内容をすべての職員が理解して体得しておくことが重要である。

緊急時の対応体制として、以下のような準備をしておくことが望ましい。

①緊急時の役割分担を決め、掲示する。

○事故発生時に他の職員に指示を出す役割について、施設長・事業所長、副施設長・副事業所長、担当職員など、順位を付け明確にするとともに、事故発生時の役割ごとに分担と担当する順番・順位を決め、事務室の見やすい場所に掲示する。

○緊急時の役割分担の主なものは、以下が考えられる。

- ・心肺蘇生、応急処置を行う。
- ・救急車を呼ぶ。
- ・病院に同行する。
- ・事故直後、事故に遭ったこどもの保護者、地方自治体関係部署に連絡する。
- ・事故当日、事故に遭ったこども以外のこどもの教育・保育を行う。
- ・事故直後、交代で事故の記録を書くよう職員に指示する。
- ・事業所等全体の状況を把握しつつ、病院に同行している職員など、各役割を担う職員間で連絡をとる。
- ・事故当日、必要に応じて、事故に遭ったこども以外のこどもの保護者に事故の概要について説明をする。
- ・翌日以降の支援の実施体制の確認を行う

②日常に準備しておくこと（受診医療機関のリスト、救急車の呼び方、受診時の持ち物、通報先の順番・連絡先等を示した図等）について

○事業所等は、各職員の緊急連絡網、医療機関・関係機関（地方自治体、警察等）の一覧、保護者への連絡に関する緊急連絡先を事前に整理しておく。

○119 番通報のポイントと伝えるべきことを作成し、事務室の見やすい場所に掲示、園外活動等の際に使用するかばんに携帯、プールでの活動中に見やすい場所等に掲示する。

6.事故の再発防止のための取り組み

事業所等及び地方自治体は、死亡事故等の重大事故が発生した場合に事故後の検証を行った上で、これまでの取り組みについて改善すべき点を検討し、重大事故の再発防止の取り組みについて、以下に留意し実施する。

(1) 再発防止策の策定

- 既に発生した事故が防げるものだったのか、今後、類似事故の発生防止のために何をすべきか、という視点で具体的に再発防止策の検討を行う。
- 策定した再発防止策については、既存のマニュアル等に確実に反映させるとともに、その後の取り組み状況に応じて、随時見直しを図る。

(2) 職員等への周知徹底

- 発生した事故について、再発防止策を職員全員に周知するとともに必要に応じて保護者とも共有を行う。

参考

参考1	安全計画の作成の例	37
参考2	安全管理のチェックリストの例	41
参考3	食物アレルギーの対応の例	43
参考4	非常災害時対応マニュアルの例	47

<参考1>安全計画の作成の例

◎安全点検

(1) 施設・設備・園外環境（散歩コースや緊急避難先等）の安全点検

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
重点点検箇所	避難経路点検 緊急連絡表作成 園舎破損箇所点検	遊具の点検 園庭鍵の点検 散歩コースの危険個所の確認 毛虫駆除	プール・プール周りの 柵の点検 園庭備品の点検	園庭全体(鍵・フェンス・ターザンロープ・排水溝)の点検 防火設備点検	エアコンの確認	プール片づけ 散歩コースの点検 (散歩コース内の公園の遊具を含む)
月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
重点点検箇所	暖房器具の点検 使用方法・掃除 園舎破損箇所の点検	冬季に向けての冬囲い 園外水道の水抜き 除雪道具の点検 滑り止めマット	冬用遊び道具の点検 防雪用ネットの点検 送迎車両の点検 氷割り	散歩経路(冬用) 危険箇所(屋根上の雪、滑りやすい箇所)の確認	散歩経路の確認 暖房・ボイラーの確認 防火設備点検	雪解け園庭周りの確認 氷割り

(2) マニュアルの策定・共有

分野	策定期期	見直し（再点検）予定時期	掲示・管理場所
重大事故防止マニュアル			
☐ 午睡	2015年 1月 25日	2024年 8月 1日	支援マニュアルに明記
☐ 食事	2004年 2月 18日	2024年 5月 1日	支援マニュアルに明記
☐ プール・水遊び	2007年 3月 14日	2024年 6月 1日	支援マニュアルに明記
☐ 園外活動	2004年 2月 18日	2024年 6月 1日	支援マニュアルに明記
☐ バス送迎（※実施している場合のみ）	2004年 8月 29日	2024年 5月 1日	送迎マニュアルに明記・毎朝の読み合わせ
☐ 降雪（※必要に応じ策定）	2004年 1月 31日	2024年 12月 1日	掲示
災害時マニュアル	2009年 12月 15日	2024年 9月 1日	掲示
119番対応時マニュアル	2023年 4月 1日	2024年 4月 1日	掲示
救急対応時マニュアル	2004年 9月 22日	2024年 4月 1日	掲示・支援マニュアルに明記
不審者対応時マニュアル	2015年 7月 4日	2024年 5月 1日	掲示・支援マニュアルに明記

◎児童・保護者に対する安全指導等

(1) 児童への安全指導（施設の生活における安全、災害や事故発生時の対応、交通安全等）

	4~6 月	7~9 月	10~12 月	1~3 月
乳児・1歳以上 3歳未満児	遊具遊びや散歩時の事故防止	熱中症対策 水遊びの事故防止	地震や災害 道路の歩き方	冬道の歩き方 園庭の遊び方(冬バージョン)
3歳以上児	遊具遊びや散歩時の事故防止	熱中症対策 水遊びの事故防止	地震や災害 道路の歩き方・信号の見方	冬道の歩き方 園庭の遊び方(冬バージョン)
学齢期	遊具遊びや散歩時の事故防止 下校時の歩き方・信号の見方	熱中症対策 水遊びの事故防止 下校時の歩き方・信号の見方	地震や災害 下校時の歩き方・信号の見方	冬道の歩き方 下校時の歩き方・信号の見方 公園での遊び方(冬バージョン)

(2) 保護者への説明・共有

4~6 月	7~9 月	10~12 月	1~3 月
おたよりで周知	おたよりで周知 面談	おたよりで周知	おたよりで周知 アンケート・面談

◎訓練・研修

(1) 訓練のテーマ・取組

月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
避難 訓練等	21 日(金) 火災	19 日(金) 火災	16 日(金) 火災	21 日(金) 火災	18 日(金) 午睡時火災(幼児)	15 日(金) 火災
その他 ※ 1	人数確認 アレルギー受け渡し エピペンの使い方	不審者対応	送迎時の安全	熱中症対策 水遊び対策	安全運転講習	エピペンの使い方 車を離れる際
月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
避難 訓練等 ※ 1	20 日(金) 水害・火災	17 日(金) 地震・火災	15 日(金) 地震・火災 (幼児:大避難訓練)	19 日(金) 地震・火災 (学童:大避難訓練)	16 日(金) 地震・火災	15 日(金) 地震・火災
その他 ※ 2			送迎時の安全	そり滑りについて		

※ 1 「その他」・・・「避難訓練等」以外の 119 番通報、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）、不審者対応、送迎バスにおける見落とし防止等

(2) 訓練の参加予定者（全員参加を除く。）

訓練内容	参加予定者
人数確認	直接処遇職員・1 年目職員
アレルギー・エピペン	直接処遇職員・1 年目職員・給食室職員
送迎時の安全	送迎担当職員

(3) 職員への研修・講習（園内実施・外部実施を明記）

4~6 月	7~9 月	10~12 月	1~3 月
アレルギー・エピペン(園内実施) 人数確認(園内実施)	熱中症対策(園内実施) 水遊びについて(園内実施) エピペンの打ち方(園内実施) 車を離れる際(園内実施)	安全を守る取り組み(園内実施)	そり滑りについて(園内実施)

(4) 行政等が実施する訓練・講習スケジュール ※所属する自治体・関係団体等が実施する各種訓練・講習スケジュールについて参加目途にかかわらずメモする

上級応急手当講習 リスクマネージャー養成研修

◎再発防止策の徹底（ヒヤリ・ハット事例の収集・分析及び対策とその共有の方法等）

・毎月ヒヤリ・ハットの集計と分析(SHEL モデルでの分析) ・社内ネットと打ち合わせでの共有
--

◎その他の安全確保に向けた取組（地域住民や地域の関係者と連携した取組、登降園管理システムを活用した安全管理等）

・破損箇所、危険箇所のチェックと修繕などの環境整備 ・消防署からの訪問と消火指導(6月)

※安全計画は毎年12月の委員会で見直しを行う。

<参考2>安全管理のチェックリストの例

		管理者 印				担当印	
日付		/	/	/	/	/	/
1	遊具や周りの安全を確認している。						
2	室内・室外で角や尖った部分で危険な箇所には、ガードがしてあるか確認している。						
3	高いところに物をおかないようにしている。						
4	転落予防のため、窓の下に物をおかないようにしている。						
5	出入口をふさがないように気をつけている。						
6	口の中に入ってしまう小さなおもちゃを手の届くところに置かないように注意している。						
7	室内は整理整頓し使用したものは、すぐに収納場所に片付けている。						
8	室内の空気の入替えをしたり、過ごしやすい温度や湿度になっているか気を付けている						
9	園庭の草を引いたり、小石拾いをしたり安全に遊べるよう注意している。						
10	使用後の発達支援室や倉庫の電気は消すようにしている。						
11	支援終了後は各部屋・倉庫のドアを必ず開放している。						
12	テラスの人工芝がずれたり、ジョイント部分が外れたりしていないか確認している。						
13	玩具は遊んだあと消毒をしている。						
14	水分補給時や食事の前には机を消毒している。						
15	こどもが触れるところは、その都度消毒している。						
16	床が濡れていたり、食べ物落ちたら、すぐに拭き取って清潔にしている。						
17	テラス、窓、さん、棚、靴箱の掃除をしている。						
18	下痢や嘔吐用のバケツを用意し使ったら補充している。						
19	蜂の巣がないか、蜂はいないか、危険な虫はいないか、気を付けている。						
20	支援者はこどもの行動を確認できる状態にいる。						

		管理者 印				担当印	
日付		/	/	/	/	/	/
21	揺れているブランコには近づかないように注意してみている。						
22	こどもの介助で無理に身体(手足)を曲げたり引っ張ったりしないようにしている						
23	ドアを開閉するときは、こどもの手や足の位置を確認している。						
24	脱臼やアレルギーなど、注意の必要なこどもについて把握している。						
25	園庭で遊ぶとき、遊戯室に集まるときなど、場所を移動するときは必ず人数確認をしている。						
26	個別支援計画の内容を確認し、常にこどもの支援に活かせるようにしている。						
27	日々の打ち合わせや振り返りなど職員間で話し合っている。						
28	こどもの成長や姿を職員間で共有することができている。						
29	こどもに合わせた支援内容を立案したり、個々に応じ工夫している。						
30	保護者への言葉遣いや態度など気を付けている。						
31	こどもの発達や課題について共通理解するために保護者にこどもの状況を伝えている。						
32	定期的に子育ての悩みに対する相談や助言が行えている。						
33	職員間で、こどもの必要な情報は共有できるように報告している。						
34	個人情報の取り扱いについて十分に注意している。						

園舎内点検表（毎月1回点検実施）

点検日	点検者	発達支援 室①（手 洗い場合 む）	トイレ ①	発達支援 室②（手 洗い場合 む）	エアコ ン 床暖	洗濯室	給食室	遊戯室	倉庫	靴箱（玄 関）

遊具点検表（1/W）

月 日 曜日 時 担当者 主任印

	地面のへこ み 石ころ・雑 草等障害物 の有無	安全領域 の確保	腐食がな いか	損傷部が ないか	ボルトの ゆるみ	突起物が ないか	ぐらつき がないか	異常音が ないか	備考
ウッドジム	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	
ブランコ	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	
滑り台	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	
砂場	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	
鉄棒	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	
三輪車	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	
四輪トロッコ	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	良・不良	

1、アレルギー対応の手順

(1) 年度の初め、入園・入所時、食物アレルギー対応の要望があった場合

- ① 食物アレルギーの有無についてアンケートをとる(全員)。
- ② アレルギー有の方のみ「アレルギー生活管理指導表」を渡し、医療機関において、担当医に記入してもらい、担当に提出する。
- ③ 給食やおやつの内容について、「アレルギー生活管理指導表」に基づき、保護者・看護師・担当・栄養士で面談する。
- ④ 保管用の「アレルギー対応個人表」を作成し、保護者の同意を得る。
- ⑤ 全職員に周知徹底をし、対応を開始する。

(2) 除去解除について

- ・医師の診断で除去が解除になった場合、可能であれば、その旨を「診断書」または「意見書」を作成し提出してもらう。保護者は「食物アレルギー対応食解除確認表」に記入する。家庭で数回食べたことがあるかを確認し、給食でも除去を解除する。
解除したあとも、しばらくは食後の様子に注意を払う。

(3) その他

- ・個人の判断で除去することがないように、年に1回は医療機関の受診を促す。
- ・食物アレルギーは家庭での食事でも大変であるため、細やかで丁寧な対応を心掛ける。

2、昼食の対応

食物アレルギー対応食献立表を作成し、クラスの見える所に掲示
食物アレルギー対応食実施献立表を作成し、給食室に掲示



○給食室内

対応食実施献立表に基づき調理

チェック① 調理員と栄養士

調理員 「チェックをお願いします。天ぷらの小麦粉×、米粉使用のAくんです。」

栄養士 「天ぷらの小麦粉×、米粉使用のAくんですね。Okです。」

声出し・指さし
を必ず行う！

○クラスでの給食配膳開始

配膳担当者はアレルギー対応食献立表を2人で確認してから、配膳を開始する。
アレルギー食以外のメニューをよけておく。



○受け渡し

チェック② クラス職員と給食室

クラス職員「りすぐみのAくんのアレルギー食をお願いします。

〇月〇日天ぷらの小麦粉×、米粉使用です。」

給食室 「Aくんの天ぷらの小麦粉×、米粉使用です。」

声出し・指さし
確認サインを必ず行う！

※アレルギー食が無い場合・・・

クラス職員または配膳担当「〇月〇日、りすぐみのA君はアレルギー食はありません」

給食室「はい、りすぐみのA君はアレルギー食はありません」

アレルギー食が無い場合も確認とサインをする。

※配達時クラスに不在の場合・・・

クラス担当が戻り次第、給食室に電話をし、献立表とアレルギー食を見ながら確認する。

↓

チェック③ クラス担当と配膳担当

クラス職員「Aくんの天ぷらの小麦粉×、米粉使用です」

配膳担当 「Aくんの天ぷらの小麦粉×、米粉使用ですね」

声出し・指さし
確認サインを必ず行う！

↓

○すべての配膳終了後、こどもの机へ持って行く

チェック④ クラス担当とアレルギーのこどもの担当職員

クラス職員 「Aくんの天ぷらの小麦粉×、米粉使用です」

こどもの担当職員「Aくんの天ぷらの小麦粉×、米粉使用ですね。

アレルギー食以外の配膳もOKです」

声出し・指さし
確認サインを必ず行う！

※アレルギー食が無い場合・・・（アレルギー対応献立表みながら）

配膳担当 「〇月〇日Aくんは、今日はアレルギー食はありません」

クラス職員 「はい、Aくんは今日はアレルギー食は無しですね」

アレルギー食が無い場合も確認とサインをする。

↓

食事を始める

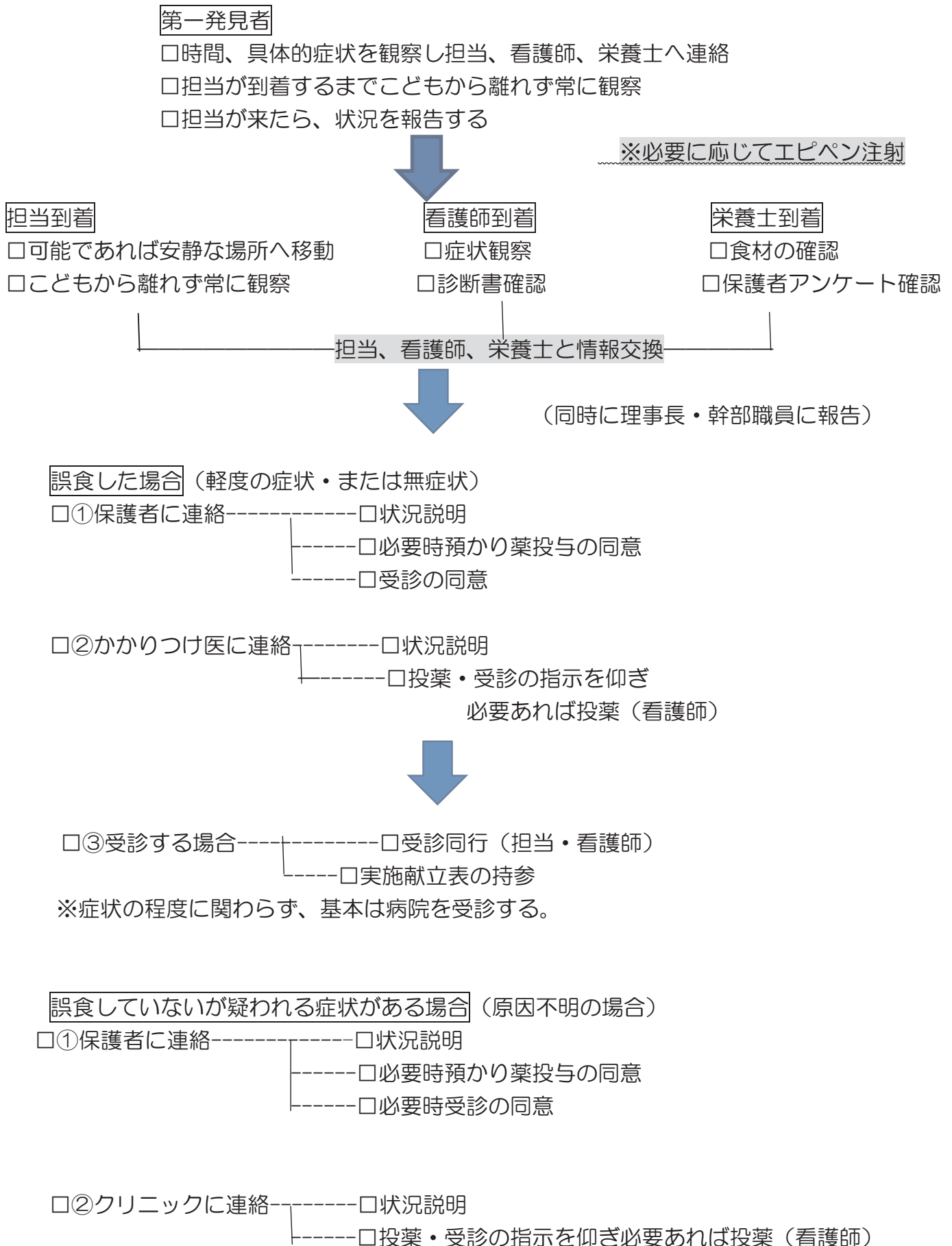
・食事中、アレルギー担当職員は、最後までこどもの隣に座る。ごちそうさまをした後は別の部屋に移動するようにして、残っている給食の誤食が無いようにする。

・配膳職員とアレルギーのこどもの担当職員は決めておく。

・個別のトレーは、絶対おぼんがわりに使用しない。

・配膳をクラス担当以外の人に頼む時は、必ずアレルギー対応食の引き継ぎをする。

3、アレルギー症状出現時、または誤食した場合のフロー



※エピペンを処方されている場合・・・

◆下記症状が1つでも当てはまる場合、エピペンを使用する

全身の症状

- ☐ぐったり
- ☐意識もうろう
- ☐便や尿を漏らす
- ☐脈がふれにくい
または不規則
- ☐唇や爪が青白い

呼吸器の症状

- ☐のどや胸が締め付けられる
- ☐声がかすれる
- ☐犬が吠えるような咳
- ☐息がしにくい
- ☐持続する強い咳き込み
- ☐ゼーゼーする呼吸

消化器の症状

- ☐持続する強い
(我慢できない)お腹の痛み
- ☐繰り返し吐き続ける



上記の症状が1つでも当てはまる場合

- ①ただちにエピペンを打つ
- ②救急車を呼ぶ(119 番通報)
- ③その場で安静を保つ・保護者に連絡する
- ④その場で救急隊を待つ

ただちに救急車で医療機関へ搬送

非常災害時対応マニュアル

目標

子どもと職員の命を守る。

厳守事項

- ① 避難経路を開放し、各部屋のセーフティーゾーンへ集まる。
- ② 非常ベルを鳴らす。119番へ通報する。
- ③ 人数確認。(職員は児童名簿と出欠簿を持つ)
- ④ 慌てず落ち着いて行動する。
- ⑤ 情報を全て、災害時対応本部へ報告する。

人員の配置(構造化)

総責任者:〇〇 全体リーダー:〇〇 サブリーダー:〇〇

〇全体リーダー:全体の把握、災害時対策本部へ報告、サブリーダー:全体の安全確認

〇配置

〇センター

- ・玄関 1名
- ・園庭入り口(玄関側) 1名
- ・園庭入り口(保育園側) 1名
- ・ホール窓 2名
- ・第一駐車場(道路) 2名
- ・非常階段(上) 1名
- ・非常階段(下) 1名

〇ビル系建物

- ・玄関 1名
- ・1階各部屋の窓 各1名
- ・各部屋出入り口 1名
- ・非常階段 一階 1名
- ・非常階段(救助袋) 二階 1名
- ・非常階段(救助袋) 三階 1名

〇一戸建物系

- ・玄関 1名
- ・1階各部屋の窓 1名
- ・各部屋出入り口 1名
- ・階段 1階 1名
- ・階段 2階 1名

避難の流れ

①避難経路を通して避難(先頭、中間、最後で安全を守る)

避難経路

○センター

1 階～各クラスのテラス → 園庭 → 避難指定小学校(第二避難所:避難指定公園)(場合によって駐車場で車両避難)

ホール窓 → 避難指定小学校(第二避難所:避難指定公園(場合によって車両避難))

2階～非常階段 → 避難指定小学校、(第二避難所:避難指定公園)

○ビル系

1階～各部屋の窓、または玄関 → 避難指定小学校(第二避難所:避難指定公園)

2、3階～階段、または非常階段(救助袋) → 玄関 → 避難指定小学校(第二避難所:避難指定公園)

備蓄品

・食料(例)

食品名	1人分量目安	回数	総量	保管場所	消費期限 (近いもの)
ごはん	150g	2回	600食	各事業所	2024.○月
水	1リットル	(学童含む)	2ℓ×354本	中物置 各事業所	2024.○月
みかん缶詰	30g	1回	1号(1.7kg)×6缶	中物置	2024.○月
味付け海苔	1袋	1回	100入×3パック	給食室	2024.○月
クラッカー	3枚	1回 (学童含む)	35缶 (13枚×3本入)	中物置 各事業所	2024.○月

注意事項

- ① 災害があった際は全体リーダー・サブリーダーで集まる。状況判断は迅速に協議、実行する。
- ② 災害対策本部に情報を集約し、全体リーダーから災害対策本部に現場の状況を報告をする。
- ③ 当日登園していたこどもの正確な人数把握と確認を徹底する。(児童名簿と出欠簿)
- ④ 園内に逃げ遅れたこどもがいないか最終確認を行い、全体リーダーが、災害時対策本部に報告する。

教育・保育施設等事故報告書

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

事故に遭ったこどもの情報									
こどもの年齢(月齢)					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					
特記事項 (事故と因子関係がある持病、アレルギー、既往症、発育・発達状況等)									

事故発生時の状況									
事故発生年月日				事故発生時間帯					
事故発生場所				事故発生クラス等					
事故発生時のこどもの人数				事故発生時の 教育・保育等従事者数				うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士・放課後児童支援員等	
事故発生時のこどもの人数 の内訳	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	学童	その他	
事故発生時の状況									
事故の誘因									
事故の転帰									
(死亡の場合)死因									
(負傷の場合)受傷部位									
(負傷の場合)負傷状況									
診断名、病状、病院名	診断名								
	病状								
	病院名								
事故の発生状況 (当日登園時からの健康状況、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。
- ※ 第2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。
- ※ 意識不明事故に該当しないものの、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。

教育・保育施設等事故報告書

ver.4
(裏面)

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
職員配置		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				
施設の安全点検		実施頻度 (回/年)		具体的内容
遊具の安全点検		実施頻度 (回/年)		具体的内容
玩具の安全点検		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】				

環境面		
教育・保育の状況		具体的内容
その他の要因・分析・特記事項		
改善策【必須】		

人的面		
対象児の動き		具体的内容
担当職員の動き		具体的内容
他の職員の動き		具体的内容
その他の要因・分析・特記事項		
改善策【必須】		

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。)

【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、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(ninkagaihoikushisetsu.shidou@cfa.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)
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)	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)
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)	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。
※ 裏面の記載事項は、大半部分を公表する予定であるため、個人情報(対象児氏名、搬送先病院名等)は記載しないでください。

教育・保育施設等事故報告書（記載例）

ver.4
(表面)

基本情報							
事故報告回数	第1報			施設・事業所名称	Cこども園		
事故報告年月日	令和6年	1月	11日	施設・事業所所在地	B市中央区D町1－1－1		
事故報告自治体 (都道府県・市区町村)	A県	B市		施設・事業所代表者等	E山 F男		
施設・事業所種別	幼保連携型認定こども園			施設・事業所設置者等 (社名・法人名・自治体名等)	G法人H会		
認可・認可外の区分	認可			施設・事業開始年月日 (開設、認可、事業開始等)	令和2年	4月	1日

事故に遭ったこどもの情報					
こどもの年齢(月齢)	2歳	8か月		こどもの性別	男
施設入所年月日 (入園年月日、事業利用開始年月日等)	令和5年	4月	1日	所属クラス等	3歳児クラス
特記事項 (事故と因子関係がある持病、アレルギー、既往症、発育・発達状況等)	※ 事故と因子関係がある場合の、当該こどもの教育・保育において留意が必要な事項(気管切開による吸引等の医療行為、経過観察中の疾病名等)についても、この欄に記載してください。				

事故発生時の状況								
事故発生年月日	令和6年	1月	11日	事故発生時間帯		昼食時・おやつ時		
事故発生場所	施設内(室内)			事故発生クラス等		異年齢構成		
事故発生時のこどもの人数	10名		事故発生時の 教育・保育等従事者数		3名	うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士・放課後児童支援員等		1名
事故発生時のこどもの人数 の内訳	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	学童	その他
	0名	0名	3名	3名	4名	0名	0名	0名
事故発生時の状況	食事中(おやつ含む)							
事故の誘因	死亡							
事故の転帰	死亡							
(死亡の場合)死因	窒息 ※ 事故の転帰が「負傷」の場合は、「一」を選択してください。							
(負傷の場合)受傷部位	一 ※ 事故の転帰が「死亡」の場合は、「一」を選択してください。							
(負傷の場合)負傷状況	一 ※ 事故の転帰が「死亡」の場合は、「一」を選択してください。							
診断名、病状、病院名	診断名	※ SIDSについては、確定診断が出された時のみ記載してください。						
	病状	※ SIDS疑いの場合は、病状として記載してください。						
	病院名	I総合病院						
事故の発生状況 (当日登園時からの健康状況、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。)	15:20 本児はケーキ(縦2cm、横2cm、厚さ2cm))をほおぼりながら食べるという食べ方をしていた。2つ目に手を伸ばし、食べていた。この時、担任保育士は少し離れた場所で他児の世話をしていた。ケーキを食べた本児が急に声を出して泣き出した。保育士が口内に指を入れて、かき出していたが本児の唇が青くなったことに気がついた。 15:25 看護師を部屋に呼んだ後、救急車を要請。口に手を入れ開かせた。背中を強く叩いたが、何も出てこない。泣き声が次第にかすれ声になり、体が硬直してきた。看護師が到着した頃に、チアノーゼの症状が見られた。呼吸困難で、手は脱力した状態であることを確認した。看護師が脈をとるとかなり微弱で、瞳孔が拡大している。本児がぐったりとし、顔等が冷たいのを確認した。心臓を確認すると、止まっている様に感じ、心臓マッサージを行う。 15:33 救急隊が到着し、心肺蘇生等を実施し、病院へ搬送。 15:45 病院到着。意識不明であり、入院。 ○/○ 意識が回復しないまま死亡。							
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。)	【園の対応】 ○/○ 園において児童の保護者と面談 ○/○ 園で保護者説明会 ○/○ 理事会で園長が説明 【市の対応】 ○/○ 記者クラブへ概要を説明							

- ※ 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。
- ※ 第2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。
- ※ 意識不明事故に該当しないものの、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。

教育・保育施設等事故報告書（記載例）

ver.4
(裏面)

ソフト面					
事故防止マニュアル	あり	具体的内容	※ マニュアルや指針の名称を記載してください。 ※ 記載内容が無い場合は、空欄ではなく「特になし」等と記載してください（以下、同項目において同じ。）。		
事故防止に関する研修	不定期に実施	実施頻度 (回／年)	年に10回	具体的内容	※ 実施している場合は、研修内容・対象者・講師等も簡単に記載してください。
職員配置	基準配置	具体的内容	※ 事故発生時ではなく、事故発生当日の保育体制としての配置人数について記載してください。		
その他の要因・分析・特記事項	※ 当該事故に関連する要因や特記事項がある場合、必ず記載してください。 ※ 記載内容が無い場合は、空欄ではなく「特になし」等と記載してください（以下、同項目において同じ。）。				
改善策【必須】	※ 要因分析の項目を記載した場合は必ず記載してください。また、改善点がない場合もその理由を記載してください。				

ハード面				
施設の安全点検	定期的実施	実施頻度 (回／年)	年に24回	具体的内容 ※ 施設外での事故の場合は、当該場所の安全点検状況を記載してください（以下同じ。）。
遊具の安全点検	定期的実施	実施頻度 (回／年)	年に12回	具体的内容 ※ 遊具等の器具により事故が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。
玩具の安全点検	不定期に実施	実施頻度 (回／年)	年に10回	具体的内容 ※ 玩具等の器具により事故が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。
その他の要因・分析・特記事項	※ 寝具の種類（コット、布団（堅さ）、ベビーベット、ラックなど）、睡眠チェックの方法（頻度など）、児童の発達状況（寝返り開始前、寝返り開始から日が浅い場合は経過日数、自由に動けるなど）等、乳児の睡眠環境については、特に詳細に記載してください。分析も含めた特記事項等、当該事故に関連することを記載してください。			
改善策【必須】	※ 要因分析の項目を記載した場合は必ず記載してください。また、改善点がない場合もその理由を記載してください。			

環境面			
教育・保育の状況	食事(おやつ)中	具体的内容	※ 運動会の練習中、午睡後の集団遊び中等、具体的な保育状況を記載してください。
その他の要因・分析・特記事項	※ 分析も含めた特記事項等、当該事故に関連することを記載してください。		
改善策【必須】	※ 要因分析の項目を記載した場合は必ず記載してください。また、改善点がない場合もその理由を記載してください。		

人的面			
対象児の動き	いつもより活発・活動的であった	具体的内容	※ なぜそのような行動をとったのかを明らかにするため、具体的に記載してください。 (例：朝、母親より風邪気味と申し送りあり、いつもは外遊びをするが室内で遊んでいた等)
担当職員の動き	対象児から離れたところで対象児を見ていた	具体的内容	※ なぜそのような対応をしたのかを明らかにするため、具体的に記載してください。 (例：雲梯の反対側で対象児ともう一人の児童を見ていたが、対象児が落下する瞬間に手を差し伸べたが間に合わなかった等)
他の職員の動き	担当者・対象児の動きを見ていなかった	具体的内容	※ なぜそのような対応をしたのかを明らかにするため、具体的に記載してください。 (例：園庭で他児のトラブルに対応していたため、見ていなかった等)
その他の要因・分析・特記事項	※ 分析も含めた特記事項等、当該事故に関連することを記載してください。		
改善策【必須】	※ 要因分析の項目を記載した場合は必ず記載してください。また、改善点がない場合もその理由を記載してください。		

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。)	
※ 自治体の立ち入り検査や第三者評価の結果、勧告や改善命令などの履歴があるかどうか、その結果や改善勧告への対応、今後の研修計画等あればその内容等、所管自治体として把握していること、取り組んでいることも含めて記載してください。	

【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、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（ninkagaihoikushisetsu.shidou@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。
 ※ 裏面の記載事項は大半部分を公表する予定であるため、個人情報（対象児氏名、搬送先病院名等）は記載しないでください。

教育・保育施設等事故報告書

基本情報									
事故報告回数					施設・事業所名称				
事故報告年月日					施設・事業所所在地				
事故報告自治体 (都道府県・市区町村)					施設・事業所代表者等				
施設・事業所種別					施設・事業所設置者等 (社名・法人名・自治体名等)				
認可・認可外の区分					施設・事業開始年月日 (開設、認可、事業開始等)				
事故に遭ったこどもの情報									
こどもの年齢(月齢)					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				
特記事項 (事故と因子関係がある持病、アレルギー、既往症、発育・発達状況等)									
事故発生時の状況									
事故発生年月日					事故発生時間帯				
事故発生場所					事故発生クラス等				
事故発生時のこどもの人数			事故発生時の 教育・保育等従事者数			うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士・放課後児童支援員等			
事故発生時のこどもの人数 の内訳	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	学童	その他	
事故発生時の状況									
事故の誘因									
事故の転帰									
(死亡の場合)死因									
(負傷の場合)受傷部位									
(負傷の場合)負傷状況									
診断名、病状、病院名	診断名								
	病状								
	病院名								
事故の発生状況 (当日登園時からの健康状況、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。
- ※ 第2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。
- ※ 意識不明事故に該当しないものの、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。

教育・保育施設等事故報告書

ver.4
(裏面)

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	
職員配置		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					
施設の安全点検		実施頻度 (回/年)		具体的内容	
遊具の安全点検		実施頻度 (回/年)		具体的内容	
玩具の安全点検		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】					

環境面			
教育・保育の状況		具体的内容	
その他の要因・分析・特記事項			
改善策【必須】			

人的面			
対象児の動き		具体的内容	
担当職員の動き		具体的内容	
他の職員の動き		具体的内容	
その他の要因・分析・特記事項			
改善策【必須】			

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。)

【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、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(ninkagaihoikushisetsu.shidou@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(tokusidou@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(isyoushisya.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。
 ※ 裏面の記載事項は、大半部分を公表する予定であるため、個人情報(対象児氏名、搬送先病院名等)は記載しないでください。

教育・保育施設等事故報告書(記載例)

別添 1
ver.4
(表面)

基本情報									
事故報告回数	第1報			施設・事業所名称	Cこども園				
事故報告年月日	令和6年	1月	11日	施設・事業所所在地	B市中央区D町1-1-1				
事故報告自治体 (都道府県・市区町村)	A県	B市		施設・事業所代表者等	E山 F男				
施設・事業所種別	幼保連携型認定こども園			施設・事業所設置者等 (社名・法人名・自治体名等)	G法人H会				
認可・認可外の区分	認可			施設・事業開始年月日 (開設、認可、事業開始等)	令和2年	4月	1日		

事故に遭ったこどもの情報									
こどもの年齢(月齢)	2歳	8か月			こどもの性別	男			
施設入所年月日 (入園年月日、事業利用開始年月日等)	令和5年	4月	1日	所属クラス等		3歳児クラス			
特記事項 (事故と因子関係がある特病、アレルギー、既往症、発育・発達状況等)	※ 事故と因子関係がある場合の、当該こどもの教育・保育において留意が必要な事項(気管切開による吸引等の医療行為、経過観察中の疾病名等)についても、この欄に記載してください。								

事故発生時の状況									
事故発生年月日	令和6年	1月	11日	事故発生時間帯		昼食時・おやつ時			
事故発生場所	施設内(室内)			事故発生クラス等		異年齢構成			
事故発生時のこどもの人数	10名		事故発生時の 教育・保育等従事者数		3名	うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士・放課後児童支援員等		1名	
事故発生時のこどもの人数 の内訳	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	学童	その他	
	0名	0名	3名	3名	4名	0名	0名	0名	
事故発生時の状況	食事中(おやつ含む)								
事故の誘因	死亡								
事故の転帰	死亡								
(死亡の場合)死因	窒息 ※ 事故の転帰が「負傷」の場合は、「一」を選択してください。								
(負傷の場合)受傷部位	一 ※ 事故の転帰が「死亡」の場合は、「一」を選択してください。								
(負傷の場合)負傷状況	一 ※ 事故の転帰が「死亡」の場合は、「一」を選択してください。								
診断名、病状、病院名	診断名	※ SIDSについては、確定診断が出された時のみ記載してください。							
	病状	※ SIDS疑いの場合は、病状として記載してください。							
	病院名	I総合病院							
事故の発生状況 (当日登園時からの健康状況、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。)	15:20 本児はケーキ(縦2cm、横2cm、厚さ2cm)をほおぼりながら食べるという食べ方をしていた。2つ目に手を伸ばし、食べていた。この時、担任保育士は少し離れた場所では他児の世話をしていた。ケーキを食べた本児が急に声を出して泣き出した。保育士が口内に指を入れて、かき出していたが本児の唇が青くなったことに気がついた。 15:25 看護師を部屋に呼んだ後、救急車を要請。口に手を入れ開かせた。背中を強く叩いたが、何も出てこない。泣き声が次第にかすれ声になり、体が硬直してきた。看護師が到着した頃に、チアノーゼの症状が見られた。呼吸困難で、手は脱力した状態であることを確認した。看護師が脈をとるとかなり微弱で、瞳孔が拡大している。本児がぐったりとし、顔色が冷たいのを確認した。心臓を確認すると、止まっている様と感じ、心臓マッサージを行う。 15:33 救急隊が到着し、心肺蘇生等を実施し、病院へ搬送。 15:45 病院到着。意識不明であり、入院。 ○/○ 意識が回復しないまま死亡。								
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。)	【園の対応】 ○/○ 園において児童の保護者と面談 ○/○ 園で保護者説明会 ○/○ 理事会で園長が説明 【市の対応】 ○/○ 記者クラブへ概要を説明								

※ 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。
 ※ 第2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。
 ※ 意識不明事故に該当しないものの、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。

教育・保育施設等事故報告書（記載例）

ver.4
(裏面)

ソフト面				
事故防止マニュアル	あり	具体的内容	※ マニュアルや指針の名称を記載してください。 ※ 記載内容が無い場合は、空欄ではなく「特になし」等と記載してください(以下、同項目において同じ。)	
事故防止に関する研修	不定期に実施	実施頻度 (回/年)	年に10回	具体的内容 ※ 実施している場合は、研修内容・対象者・講師等も簡単に記載してください。
職員配置	基準配置	具体的内容	※ 事故発生時ではなく、事故発生当日の保育体制としての配置人数について記載してください。	
その他の要因・分析・特記事項	※ 当該事故に関連する要因や特記事項がある場合、必ず記載してください。 ※ 記載内容が無い場合は、空欄ではなく「特になし」等と記載してください(以下、同項目において同じ。)			
改善策【必須】	※ 要因分析の項目を記載した場合は必ず記載してください。また、改善点がない場合もその理由を記載してください。			

ハード面				
施設の安全点検	定期的実施	実施頻度 (回/年)	年に24回	具体的内容 ※ 施設外での事故の場合は、当該場所の安全点検状況を記載してください（以下同じ。）。
遊具の安全点検	定期的実施	実施頻度 (回/年)	年に12回	具体的内容 ※ 遊具等の器具により事故が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。
玩具の安全点検	不定期に実施	実施頻度 (回/年)	年に10回	具体的内容 ※ 玩具等の器具により事故が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。
その他の要因・分析・特記事項	※ 寝具の種類（コット、布団（堅さ）、ベビーベッド、ラックなど）、睡眠チェックの方法（頻度など）、児童の発達状況（寝返り開始前、寝返り開始から日が浅い場合は経過日数、自由に動けるなど）等、乳児の睡眠環境については、特に詳細に記載してください。分析も含めた特記事項等、当該事故に関連することを記載してください。			
改善策【必須】	※ 要因分析の項目を記載した場合は必ず記載してください。また、改善点がない場合もその理由を記載してください。			

環境面		
教育・保育の状況	食事(おやつ)中	具体的内容 ※ 運動会の練習中、午睡後の集団遊び中等、具体的な保育状況を記載してください。
その他の要因・分析・特記事項	※ 分析も含めた特記事項等、当該事故に関連することを記載してください。	
改善策【必須】	※ 要因分析の項目を記載した場合は必ず記載してください。また、改善点がない場合もその理由を記載してください。	

人的面		
対象児の動き	いつもより活発・活動的であった	具体的内容 ※ なぜそのような行動をとったのかを明らかにするため、具体的に記載してください。 (例：朝、母親より風邪気味と申し送りあり、いつもは外遊びをするが室内で遊んでいた等)
担当職員の動き	対象児から離れたところで対象児を見ていた	具体的内容 ※ なぜそのような対応をしたのかを明らかにするため、具体的に記載してください。 (例：雲梯の反対側で対象児ともう一人の児童を見ていたが、対象児が落下する瞬間に手を差し伸べたが間に合わなかった等)
他の職員の動き	担当者・対象児の動きを見ていなかった	具体的内容 ※ なぜそのような対応をしたのかを明らかにするため、具体的に記載してください。 (例：園庭で他児のトラブルに対応していたため、見ていなかった等)
その他の要因・分析・特記事項	※ 分析も含めた特記事項等、当該事故に関連することを記載してください。	
改善策【必須】	※ 要因分析の項目を記載した場合は必ず記載してください。また、改善点がない場合もその理由を記載してください。	

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。)
※ 自治体の立ち入り検査や第三者評価の結果、勧告や改善命令などの履歴があるかどうか、その結果や改善勧告への対応、今後の研修計画等あればその内容等、所管自治体として把握していること、取り組んでいることも含めて記載してください。

【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、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(ninkagaihokushisetsu.shidou@cfa.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)
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)	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)
③ 特別支援学校幼稚園 → 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特別支援教育課(toku-sidou@mext.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(isyoushisya.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。
※ 裏面の記載事項は大半部分を公表する予定であるため、個人情報(対象児氏名、搬送先病院名等)は記載しないでください。

事 務 連 絡
令和5年9月11日

各都道府県・市町村保育主管課

各都道府県・指定都市・中核市認定こども園主管課

各都道府県・指定都市・中核市・

児童相談所設置市認可外保育施設担当課(室)

各都道府県・指定都市・中核市児童福祉主管部(局) 御中

各都道府県・指定都市・中核市障害児支援主管課

各都道府県・指定都市教育委員会学校安全主管課

附属学校を置く国立大学法人担当課

各都道府県私立学校主管課

こども家庭庁成育局安全対策課

こども家庭庁成育局保育政策課

こども家庭庁成育局保育政策課認可外保育施設担当室

こども家庭庁支援局障害児支援課

文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課

こどもの出欠状況に関する情報の確認の再徹底について

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

こどもの送迎時における車内への置き去り事案については、これまでに発生した送迎用バスへの置き去り事案を踏まえ、痛ましい事案を発生させないための安全管理の徹底について、格別の御尽力をいただいているところであります。

また、保護者の送迎時における置き去り事案についても、令和4年11月に大阪府岸和田市において発生した、保育所を利用する保護者の車に置き去りにされたこどもが亡くなるという大変痛ましい事案を受けて、施設におけるこどもの出欠状況に関する情報の確認について、周知徹底をお願いしたところです。

しかしながら、令和5年9月9日、岡山県津山市において、保育所を利用する家族の車に置き去りにされたこどもが亡くなるという大変痛ましい事案が発生しました。

つきましては、こどもの安全を守る観点から、下記について、各主管課において、別表の各施設に対し、改めて周知徹底を図るようよろしくお願いします。

記

- 1 「こどもの出欠状況に関する情報の確認、バス送迎に当たっての安全管理等の徹底について」（令和4年11月14日付け事務連絡）等でお示ししているとおり、こどもの欠席連絡等の出欠状況に関する情報については、バスによる送迎を行うこどもかどうかにかかわらず、保護者への速やかな確認及び職員間における情報共有を徹底していただきたいこと。
- 2 国においては、昨年10月に「こどものバス送迎・安全徹底プラン」をとりまとめ、令和4年度第2次補正予算において、こどもの登降園の状況について、保護者からの連絡を容易にするとともに、職員間での確認・共有を支援するための登園管理システムの導入支援を含む「こどもの安心・安全対策支援パッケージ」の推進のための予算を計上し、令和5年度においても同予算を繰り越し、事業を実施しているので、積極적으로ご活用いただきたいこと。

(別表)

施設等	担当主管課
域内の保育所（地域型保育事業、認可外保育施設を含む。）	各都道府県・市町村保育主管課
所管の幼稚園及び特別支援学校並びに域内の市町村教育委員会	各都道府県・指定都市教育委員会学校安全主管課
所管の私立幼稚園及び私立特別支援学校	各都道府県私立学校主管課
附属の幼稚園及び特別支援学校	附属幼稚園又は特別支援学校を置く国立大学法人担当課
域内の市区町村認定こども園主管課及び所管の認定こども園	各都道府県・指定都市・中核市認定こども園主管課
域内の指定障害児通所支援事業実施事業所	各都道府県・指定都市・中核市障害児支援担当課

【問合せ先】

- 保育所等における安全対策に関すること
こども家庭庁成育局安全対策課事故対策係
TEL : 03-6858-0183
MAIL : anzentaisaku.jikotaiou@cfa.go.jp
- 保育所、認定こども園（幼稚園型を除く）、家庭的保育事業、小規模保育事業及び事業所内保育事業に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課企画法令第一係
TEL : 03-6858-0058
- 認可外保育施設（全類型）に関すること
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
TEL : 03-6858-0133
- 児童発達支援センター、指定児童発達支援事業所及び放課後等デイサービスに関すること
こども家庭庁支援局障害児支援課障害児支援係
TEL : 03-6861-0063
- 幼稚園、特別支援学校及び認定こども園（幼稚園型）に関すること
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
安全教育推進室交通安全・防犯教育係
TEL : 03-6734-2695

各都道府県・市町村保育主管課
各都道府県・指定都市教育委員会学校安全主管課
各都道府県私立学校主管課
附属幼稚園又は特別支援学校幼稚部を置く 御中
国立大学法人担当課
各都道府県・指定都市・中核市認定こども園主管課

厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室
厚生労働省子ども家庭局保育課
文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課
文部科学省初等中等教育局幼児教育課
文部科学省初等中等教育局特別支援教育課
内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）付
内閣府子ども・子育て本部参事官（認定こども園担当）付

こどもの出欠状況に関する情報の確認、バス送迎に当たっての安全管理等の徹底について

平素より学校や児童福祉施設の安全管理について、御理解・御尽力を頂き有難うございます。

さて、静岡県牧之原市において発生した大変痛ましい事故を受け、国においては、10月12日に緊急対策をとりまとめ、その着実な推進を図っているとともに、各都道府県・市町村担当課等において、バス送迎に当たっての安全管理に関する実地調査を実施いただくなどしているところ です。

ところが、こども自身のSOSや学級担任の適切な対応等により大事には至らなかったものの、繰り返し同様の送迎用バスにおける置き去り事案が起きています。また、11月12日には、大阪府岸和田市において、保育所を利用する保護者の車に置き去りにされたこどもが亡くなるという大変痛ましい事案が発生しましたが、当該保育所では当該こどもの出欠状況に関する保護者への確認が漏れていました。こうした事態が生じていることは、極めて遺憾です。

ついては、下記について、各主管課において、現在行っている実地調査を含め、様々な機会を捉えて改めて別表の各施設に対し、周知徹底を図るようよろしくお願いします。

記

- 1 こどもの欠席連絡等の出欠状況に関する情報については、バスによる送迎を行うこどもかどう かにかかわらず、「保育所、幼稚園、認定こども園及び特別支援学校幼稚部におけるバス送迎に当たっての安全管理の徹底について（再周知）」（令和4年9月6日付け事務連絡）等でもお示しして

いるとおり、保護者への速やかな確認及び職員間における情報共有を徹底していただきたいこと。
なお、参考2のとおり、11月8日に閣議決定された令和4年度第2次補正予算案において、こどもの登降園の状況について、保護者からの連絡を容易にするとともに、職員間での確認・共有を支援するための登園管理システムの導入支援を含む「こどもの安心・安全対策支援パッケージ」の推進のための所要の経費を計上している。予算が成立した際には、積極的にご活用いただきたいこと。

- 2 10月12日に発出した「こどものバス送迎・安全徹底マニュアル」においても、「同乗職員は、バスから降りたこどもの数を数え、全員が降りたことを確認した」かどうかを含むチェックシートや、「送迎用バスの運行を外部業者に委託している場合は、園で運行する場合と同様の安全管理体制を敷いているか確認している」ことを含めた「安全管理の体制づくり」などを含めて示しており、こうしたものを改めて確認し、安全管理を徹底いただきたいこと。
- 3 こどもの通園や園外活動等のために自動車を運行する場合、こどもの乗降車の際に点呼等の方法により必ず所在を確認することについて、今後、関係府省令等を改正して法令上も義務付ける予定だが、こうしたことは法令の規定の有無にかかわらず、本来行われるべきものであり、改正前であっても徹底していただきたいこと。
- 4 送迎用の自動車を運行する場合は、今後、関係府省令等を改正して、当該自動車にブザーその他の車内のこどもの見落としを防止する装置を装備することを義務付ける予定だが、当該装備を備えていなくても、例えば、運転席に確認を促すチェックシートを備え付けるとともに、車体後方にこどもの所在確認を行ったことを記録する書面を備えるなど、こどもが降車した後に運転者等が車内の確認を怠ることがないようにするための措置を講じて、降車の際のこどもの所在確認について、徹底していただきたいこと。
- 5 けがなどの事故には至らなかったが、事故につながりかねない危険な状況、いわゆるヒヤリ・ハット事案が発生した場合には、施設内で事案の報告と改善策の共有を行い、事故の予防を図っていただきたいこと。また、他の施設で発生したいわゆるヒヤリ・ハット事案を知った場合も、自らの施設で同種の事案が発生しないか改めて施設内で議論するなど、事故防止につなげるよう努めていただきたいこと。
- 6 バス送迎以外についても、「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）や「学校の危機管理マニュアル作成の手引」（平成30年2月）等を踏まえ、安全管理に遺漏のないよう適切に取り組まれないこと。

(別表)

周知先	担当主管課
域内の保育所（地域型保育事業、認可外保育施設を含む。）	各都道府県・市町村保育主管課
所管の幼稚園及び特別支援学校並びに域内の市町村教育委員会	各都道府県・指定都市教育委員会学校安全主管課
所轄の私立幼稚園及び私立特別支援学校	各都道府県私立学校主管課
附属の幼稚園及び特別支援学校	附属幼稚園又は特別支援学校を置く国立大学法人担当課
域内の市区町村認定こども園主管課及び所轄の認定こども園	各都道府県・指定都市・中核市認定こども園主管課

(参考1) 上記の資料

「こどものバス送迎・安全徹底プラン」や「こどものバス送迎・安全徹底マニュアル」 https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/anzen_kanri.html	
「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) https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/data/index.html	
「学校の危機管理マニュアル作成の手引」(平成30年2月) http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/anzen/1401870.htm	

(参考2) 緊急対策のうち「こどもの安心・安全対策支援パッケージ」の推進について

11月8日に閣議決定された令和4年度第2次補正予算案において、別添のとおり「こどもの安心・安全対策支援パッケージ」の推進のための所要の経費を計上しているの、留意いただきたいこと。なお、このうち「送迎用バスへの安全装置の導入支援」については、今後、国土交通省において策定する、安全装置の仕様に関するガイドラインに適合するものに対して支援を行う予定であること。

【問合せ先】

- 認可保育所及び地域型保育事業に関すること
厚生労働省子ども家庭局保育課 企画調整係
tel : 03-5253-1111 (内線 4852, 4854)
- 認可外保育施設に関すること
厚生労働省子ども家庭局総務課 少子化総合対策室指導係
tel : 03-5253-1111 (内線 4838)
- 幼稚園及び特別支援学校に関すること
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 交通安全・防犯教育係
tel : 03-5253-4111 (内線 2695)
- 認定子ども園に関すること
内閣府子ども・子育て本部 参事官(認定子ども園担当) 付
tel : 03-5253-2111 (内線 38446, 38374)

＜内閣府・文部科学省・厚生労働省予算＞
令和4年度第2次補正予算（案）：234億円

1 事業の目的

- こどもの安全対策として、送迎用バスへの安全装置や登園管理システム、こどもの見守りタグ（GPS）の導入の支援などを行う。

2 事業の内容

【事業概要】

- （1）送迎用バスへの安全装置の導入支援（文部科学省・厚生労働省計上）
ブザーやセンサーなど、車内の幼児等の所在の見落としを防止する装置の装備等のための改修に必要な経費を支援
- （2）登園管理システムの導入支援（文部科学省・厚生労働省計上）
幼児の登降園の状況について、保護者からの連絡を容易にするとともに、職員間での確認・共有を支援するための登降園管理システムの導入に必要な経費を支援
- （3）こどもの見守りタグ（GPS等）の導入支援（文部科学省・厚生労働省計上）
安全対策に資するGPS等を活用したこどもの見守りサービスなどの安全対策に資する機器等の導入に必要な経費を支援
- （4）安全管理マニュアルの研修支援等（内閣府計上）
保育所、幼稚園、認定こども園等の職員に対する安全管理の研修の実施に必要な経費を支援するとともに、送迎用バスに装備する安全装置の推奨リストを作成

【対象施設】

保育所、認定こども園、地域型保育事業所、認可外保育施設、放課後児童クラブ、障害児通所支援事業所
幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校、特別支援学校

障障発 0228 第 1 号

平成 31 年 2 月 28 日

都 道 府 県
各 指 定 都 市 御中
児童相談所設置市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長

(公 印 省 略)

障害児通所支援事業所における緊急時の対応について

障害保健福祉行政の推進につきましては、日々御尽力いただき厚く御礼申し上げます。

本日、「学校、保育所、認定こども園及び認可外保育施設等から市町村又は児童相談所への定期的な情報提供について」（平成 31 年 2 月 28 日付け内閣府子ども・子育て本部統括官、文部科学省初等中等教育局長、厚生労働省子ども家庭局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）及び「児童虐待防止対策に係る学校等・教育委員会等と市町村・児童相談所との連携の強化について」（平成 31 年 2 月 28 日付け内閣府子ども・子育て本部統括官、文部科学省初等中等教育局長、厚生労働省子ども家庭局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）を発出し、市町村又は児童相談所への児童虐待防止に係る資料及び情報の提供を行う施設について、障害児通所支援事業所も対象としたところです。

両通知において、緊急時の対応として、「なお、障害児通所支援事業所におけるこれらの取扱いは、原則として当該障害児通所支援事業所をほぼ毎日利用している幼児児童生徒等を想定しているが、障害児通所支援事業所の利用頻度が低い又は利用が不定期である幼児児童生徒等については、本取扱いに準じた取扱いとすることとし、具体的な内容については、別途お示しする。」としていたところですが、具体的な内容は下記のとおりですので、都道府県におかれては管内市町村及び管内市町村所管の障害児通所支援事業所に、指定都市及び児童相談所設置市にあっては、管内の障害児通所支援事業所に、それぞれ周知の上、取扱いに遺漏なきようよろしくお取り計らい願います。

周知にあっては、各障害児支援担当部局と十分に連携の上実施いただくよう願います。

本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であり、内容について子ども家庭局と協議済みであることを申し添

えます。

記

障害児通所支援事業所において、障害児支援利用計画上利用が予定されていた幼児児童生徒等が、その理由の如何にかかわらず、利用の予定されていた日に欠席し、当該欠席日から数えて休業日を除き7日以上の間、当該幼児児童生徒等の状況を把握できない場合は、定期的な情報提供の期日を待つことなく、速やかに市町村等に情報提供すること。

ただし、保護者以外の者から当該幼児児童生徒等の状況が把握できた場合（保育所等と併行通園をしている場合の保育所等への確認等）は上記の取扱いをしないことができる。

以上

府子本第 190 号
30 文科初第 1618 号
子発 0228 第 3 号
障発 0228 第 3 号
平成 31 年 2 月 28 日

都 道 府 県 知 事
都道府県教育委員会教育長
指 定 都 市 市 長
指定都市教育委員会教育長
中 核 市 市 長
児 童 相 談 所 設 置 市 市 長
附属学校を置く国立大学法人学長
各 附属学校を置く公立大学法人学長 殿
小中高等学校を設置する学校設置会社を
所管する構造改革特別区域法第 12 条
第 1 項の認定を受けた地方公共団体の長
独立行政法人国立高等専門学校機構理事長
高等専門学校を設置する地方公共団体の長
高等専門学校を設置する公立大学法人の理事長
高等専門学校を設置する学校法人の理事長

内閣府子ども・子育て本部統括官
(公印省略)
文 部 科 学 省 総 合 教 育 政 策 局 長
(公印省略)
文 部 科 学 省 初 等 中 等 教 育 局 長
(公印省略)
文 部 科 学 省 高 等 教 育 局 長
(公印省略)
厚 生 労 働 省 子 ども 家 庭 局 長
(公印省略)
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公印省略)

学校、保育所、認定こども園及び認可外保育施設等から市町村又は児童相談所への定期的な情報提供について

児童虐待については、児童相談所への児童虐待相談対応件数が年々増加の一途をたどっており、重篤な児童虐待事件も後を絶たないなど依然として深刻な社会問題となっている。

こうした中、平成 30 年 3 月に東京都目黒区で発生した児童虐待事案を受けて、「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策」（平成 30 年 7 月 20 日児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議決定）に基づき、学校、保育所等と市町村、児童相談所との連携の推進を図るため、「学校、保育所、認定こども園及び認可外保育施設から市町村又は児童相談所への定期的な情報提供に関する指針」に基づく運用をお願いしているところであるが、本年 1 月に千葉県野田市で発生した小学校 4 年生死事案を踏まえ、今般、「学校、保育所、認定こども園及び認可外保育施設等から市町村又は児童相談所への定期的な情報提供に関する指針」（別添）を定め、一層推進すべき取組として周知徹底を図るものであるので、適切な運用を図られたい。

都道府県においては管内市区町村、所轄の私立学校及び関係機関へ、都道府県教育委員会・指定都市教育委員会においては管内市区町村教育委員会、所管の学校及び関係機関へ、指定都市・中核市・児童相談所設置市においては関係機関へ、附属学校を置く国立大学法人及び公立大学法人においては附属学校へ、独立行政法人国立高等専門学校機構並びに高等専門学校を設置する地方公共団体、公立大学法人及び学校法人においてはその設置する学校へ、構造改革特別区域法第 12 条第 1 項の認定を受けた地方公共団体においては認可した学校へそれぞれ周知いただきたい。

なお、「学校、保育所、認定こども園及び認可外保育施設から市町村又は児童相談所への定期的な情報提供について」（平成 30 年 7 月 20 日付け内閣府子ども・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・児童家庭局長通知）については廃止する。

また、本通知は地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

(別添)

学校、保育所、認定こども園及び認可外保育施設等から市町村又は児童相談所への 定期的な情報提供に関する指針

1 趣旨

本指針は、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校、高等課程を置く専修学校（以下「学校」という。）、保育所、地域型保育事業所、認定こども園、認可外保育施設（児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 59 条の 2 第 1 項に規定する施設をいう。以下同じ。）及び障害児通所支援事業所（以下「学校・保育所等」という。）から市町村又は児童相談所（以下「市町村等」という。）への児童虐待防止に係る資料及び情報の定期的な提供（以下「定期的な情報提供」という。）に関し、定期的な情報提供の対象とする児童、情報提供の頻度・内容、依頼の手続等の事項について、児童虐待の防止等に関する法律（平成 12 年法律第 82 号。以下「虐待防止法」という。）第 13 条の 4 の規定に基づく基本的な考え方を示すものである。

2 定期的な情報提供の対象とする児童

(1) 市町村が情報提供を求める場合

要保護児童対策地域協議会（児童福祉法第 25 条の 2 に規定する要保護児童対策地域協議会をいう。以下「協議会」という。）において、児童虐待ケースとして進行管理台帳（注）に登録されており、かつ、学校に在籍する幼児児童生徒学生、保育所、地域型保育事業所、認定こども園、認可外保育施設及び障害児通所支援事業所に在籍する乳幼児（以下「幼児児童生徒等」という。）を対象とする。

（注）進行管理台帳とは、市町村内における虐待ケース等に関して、子ども及び保護者に関する情報やその状況の変化等を記載し、協議会において絶えずケースの進行管理を進めるための台帳であり、協議会の中核機関である調整機関において作成するものである。

(2) 児童相談所が情報提供を求める場合

児童相談所（児童福祉法第 12 条に規定する児童相談所をいう。以下同じ。）が管理している児童虐待ケースであって、協議会の対象となっておらず、かつ、学校・保育所等から通告があったものなど、児童相談所において必要と考える幼児

児童生徒等を対象とする。

3 定期的な情報提供の頻度・内容

(1) 定期的な情報提供の頻度

定期的な情報提供の頻度は、おおむね1か月に1回を標準とする。

(2) 定期的な情報提供の内容

定期的な情報提供の内容は、上記2(1)及び(2)に定める幼児児童生徒等について、対象期間中の出欠状況、(欠席した場合の)家庭からの連絡の有無、欠席の理由とする。

4 定期的な情報提供の依頼の手続

(1) 市町村について

市町村は、上記2(1)に定める幼児児童生徒等について、当該幼児児童生徒等が在籍する学校・保育所等に対して、対象となる幼児児童生徒等の氏名、上記3(2)に定める定期的な情報提供の内容、提供を希望する期間等を記載した書面を送付する。

(2) 児童相談所について

児童相談所は、上記2(2)に定める幼児児童生徒等について、当該幼児児童生徒等が在籍する学校・保育所等に対して、対象となる幼児児童生徒等の氏名、上記3(2)に定める定期的な情報提供の内容、提供を希望する期間等を記載した書面を送付する。

5 機関(学校・保育所等を含む。)間での合意

(1) 上記4により、市町村等が学校・保育所等に対し、定期的な情報提供の依頼を行う場合は、この仕組みが円滑に活用されるよう、市町村等と学校・保育所等との間で協定を締結するなど、事前に機関の間で情報提供の仕組みについて合意した上で、個別の幼児児童生徒等の情報提供の依頼をすることが望ましいこと。

(2) 協定の締結等による機関間での合意に際しては、本指針に掲げる内容を基本

としつつも、より実効性のある取組となるよう、おおむね1か月に1回程度を標準としている定期的な情報提供の頻度や、対象となる幼児児童生徒等の範囲について、定期的な情報提供の内容をより幅広く設定するなど、地域の実情を踏まえたものにする事。

- (3) 学校は、市町村等と協定の締結等により機関間での合意をしたときは、その内容等を設置者等（私立学校にあっては当該学校の所轄庁を含む。以下同じ。）に対しても報告すること。

6 定期的な情報提供の方法等

(1) 情報提供の方法

学校・保育所等は、市町村等から上記4の依頼文書を受けた場合、依頼のあった期間内において、定期的に上記3に定める定期的な情報提供を書面にて行う。

(2) 設置者等への報告等

学校が市町村等へ定期的な情報提供を行った場合は、併せて設置者等に対してもその写しを送付すること。また、市町村等へ定期的な情報提供を行うに際しては、地域の実情に応じて設置者等を経由することも可能とする。

7 緊急時の対応

定期的な情報提供の期日より前であっても、学校・保育所等において、不自然な外傷がある、理由不明又は連絡のない欠席が続く、対象となる幼児児童生徒等から虐待についての証言が得られた、帰宅を嫌がる、家庭環境に変化があったなど、新たな児童虐待の兆候や状況の変化等を把握したときは、定期的な情報提供の期日を待つことなく、適宜適切に市町村等に情報提供又は通告をすること。

また、学校・保育所等は保護者等から対象となる幼児児童生徒等が学校・保育所等を欠席する旨の連絡があるなど、欠席の理由について説明を受けている場合であっても、その理由の如何にかかわらず、休業日を除き引き続き7日以上欠席した場合（不登校等による欠席であって学校・保育所等が定期的な家庭訪問等により本人に面会ができ、状況の把握を行っている場合や、入院による欠席であって学校・保育所等が医療機関等からの情報等により状況の把握を行っている場合を除く。）には、定期的な情報提供の期日を待つことなく、速やかに市町村等に情報提供すること。

なお、障害児通所支援事業所におけるこれらの取扱いは、原則として当該障害児通所支援事業所をほぼ毎日利用している幼児児童生徒等を想定しているが、障害児通所支援事業所の利用頻度が低い又は利用が不定期である幼児児童生徒等については、本取扱いに準じた取扱いとすることとし、具体的な内容については、別途お示しする。

8 情報提供を受けた市町村等の対応について

(1) 市町村について

- ① 学校・保育所等から上記 6 の定期的な情報提供又は上記 7 の緊急時における情報提供を受けた市町村は、必要に応じて当該学校・保育所等から更に詳しく事情を聞くこととし、これらの情報を複数人で組織的に評価する。

なお、詳細を確認する内容としては、外傷、衣服の汚れ、学校・保育所等での相談、健康診断の回避、家庭環境の変化、欠席の背景、その他の虐待の兆候をうかがわせる事実を確認できた場合には当該事項等が考えられる。

- ② ①の評価を踏まえて、必要に応じて関係機関にも情報を求める、自ら又は関係機関に依頼して家庭訪問を行う、個別ケース検討会議を開催するなど状況把握及び対応方針の検討を組織として行うとともに「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策」を踏まえて適切に警察と情報共有すること。
- ③ 対応が困難な場合には児童相談所に支援を求めるとともに、専門的な援助や家庭への立入調査等が必要と考えられる場合は、速やかに児童相談所へ送致又は通知を行う。
- ④ 協議会においては、市町村内における全ての虐待ケース（上記 2（2）の場合を除く。）について進行管理台帳を作成し、実務者会議の場において、定期的に（例えば 3 か月に 1 度）、状況確認、主担当機関の確認、援助方針の見直し等を行うことを徹底すること。

(2) 児童相談所について

- ① 児童相談所が学校・保育所等から上記 6 の定期的な情報提供又は上記 7 の緊急時における情報提供を受けた場合

ア 学校・保育所等から上記 6 の定期的な情報提供又は上記 7 の緊急時における情報提供を受けた児童相談所は、必要に応じて当該学校・保育所等から更に詳しく事情を聞くこととし、これらの情報について援助方針会議等の合議による組織的な評価を行うとともに、「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策」を踏まえて適切に警察と情報共有すること。

なお、詳細を確認する内容としては、外傷、衣服の汚れ、学校・保育所等で

の相談、健康診断の回避、家庭環境の変化、欠席の背景、その他の虐待の兆候をうかがわせる事実を確認できた場合には当該事項等が考えられる。

イ アの評価を踏まえて、必要に応じて関係機関にも情報を求める、自ら家庭訪問を行う、個別ケース検討会議の開催を市町村に求めるなど状況把握及び対応方針の検討を組織として行う。

ウ 必要に応じて立入調査、出頭要求、児童の一時保護等の対応をとる。

- ② 市町村が学校・保育所等から上記 6 の定期的な情報提供又は上記 7 の緊急時における情報提供を受けた場合、市町村の求めに応じて積極的に支援するものとする。

9 個人情報の保護に対する配慮

- (1) 虐待防止法においては、市町村等から児童虐待に係る情報の提供を求められた場合、地方公共団体の機関は情報を提供することができると従前から規定されていた一方、児童虐待の兆しや疑いを発見しやすい立場にある民間の医療機関、児童福祉施設、学校等は提供できる主体に含まれておらず、これらの機関等が児童虐待に係る有益な情報を有しているような場合であっても、個人情報保護や守秘義務の観点を考慮し、情報提供を拒むことがあった。

児童虐待が疑われるケースについては、児童や保護者の心身の状況、置かれている環境等の情報は、市町村等において、児童の安全を確保し、対応方針を迅速に決定するために必要不可欠であることから、「児童福祉法等の一部を改正する法律」(平成 28 年法律第 63 号)においては、地方公共団体の機関に加え、病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童の医療、福祉又は教育に関する機関や医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者(以下「関係機関等」という。)も、児童相談所長等から児童虐待の防止等に関する資料又は情報の提供を求められたときは、当該児童相談所長等が児童虐待の防止等に関する事務又は業務の遂行に必要な限度で利用し、かつ、利用することに相当の理由があるときは、これを提供することができるものとされた。ただし、当該資料又は情報を提供することによって、当該資料又は情報に係る児童等又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときは、この限りでないとされた(虐待防止法第 13 条の 4)。

- (2) このため、学校・保育所等から市町村等に対して、定期的な情報提供を行うに当たって、「個人情報の保護に関する法律」(平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。)第 16 条及び第 23 条においては、本人の同意を得ない限

り、①あらかじめ特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱ってはならず、②第三者に個人データを提供してはならないこととされている。しかしながら、「法令に基づく場合」は、これらの規定は適用されないこととされており、虐待防止法第 13 条の 4 の規定に基づき資料又は情報を提供する場合は、この「法令に基づく場合」に該当するため、個人情報保護法に違反することにならない。

なお、地方公共団体の機関からの情報提供については、各地方公共団体の個人情報保護条例において、個人情報の目的外利用又は提供禁止の除外規定として、「法令に定めがあるとき」等を定めていることが一般的であり、虐待防止法第 13 条の 4 に基づく情報提供は「法令に定めがあるとき」に該当するため、条例にこのような除外規定がある場合には条例違反とはならないと考えられる。

ただし、幼児児童生徒等、その保護者その他の関係者又は第三者の権利利益を不当に侵害することのないよう十分な配慮の下、必要な限度で行わなければならないので留意すること。

また、当該情報提供は、虐待防止法第 13 条の 4 の規定に基づくものであるため、同規定の趣旨に沿って行われる限り、刑法（明治 40 年法律第 45 号）や関係資格法で設けられている守秘義務規定に抵触するものではないことに留意されたい。

- (3) 市町村が学校・保育所等から受けた定期的な情報提供の内容について、協議会の実務者会議及び個別ケース検討会議において情報共有を図ろうとする際は、市町村において、学校・保育所等から提供のあった情報の内容を吟味し、情報共有すべき内容を選定の上、必要な限度で行うこと。

また、協議会における幼児児童生徒等に関する情報の共有は、幼児児童生徒等の適切な保護又は支援を図るためのものであり、協議会の構成員及び構成員であった者は、正当な理由がなく、協議会の職務に関して知り得た秘密を漏らしてはならないこととされているので、このことに十分留意し、協議会の適切な運営を図ること。

10 その他

市町村等が学校・保育所等以外の関係機関に状況確認や見守りの依頼を行った場合にも、当該関係機関との連携関係を保ち、依頼した後の定期的な状況把握に努めるものとする。

(参考)

児童虐待の防止等に関する法律（平成十二年法律第八十二号）

（資料又は情報の提供）

第十三条の四 地方公共団体の機関及び病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童の医療、福祉又は教育に係る機関（地方公共団体の機関を除く。）並びに医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、市町村長、都道府県の設置する福祉事務所の長又は児童相談所長から児童虐待に係る児童又はその保護者の心身の状況、これらの者の置かれている環境その他児童虐待の防止等に係る当該児童、その保護者その他の関係者に関する資料又は情報の提供を求められたときは、当該資料又は情報について、当該市町村長、都道府県の設置する福祉事務所の長又は児童相談所長が児童虐待の防止等に関する事務又は業務の遂行に必要な限度で利用し、かつ、利用することに相当の理由があるときは、これを提供することができる。ただし、当該資料又は情報を提供することによって、当該資料又は情報に係る児童、その保護者その他の関係者又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときは、この限りでない。

障生 第1593号
令和元年 8 月 1 日

障がい児支援施設・事業所管理者 様

大阪府障がい福祉室生活基盤推進課長

障がい児支援施設・事業所における安全確保の徹底について（通知）

このたび、府内の障がい児通所支援事業所において、食事介助を受けていた児童が急変し、その後死亡に至った事案が発生しました。

児童の安全と安心を確保することは障がい児支援の基本であり、児童、その家族及び地域住民等の信頼を損ねる事案はあってはならないことです。

つきましては、別添の指針を参考に、児童の安全確保に万全を期されるようお願いします。

大阪府障がい福祉室生活基盤推進課
指定・指導グループ
電話 06-6941-0351（代表）内線 2462
06-6944-6696（直通）
F A X 06-6944-6674

福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に
関する取り組み指針

～利用者の笑顔と満足を求めて～

平成14年3月28日

福祉サービスにおける危機管理に関する検討会

目 次

第1 総論

- 1 はじめに 1
- 2 福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点 1
 - (1) 福祉サービスにおけるリスクマネジメントをどのようにとらえるか
 - (2) 本指針におけるリスクマネジメントの範囲
 - (3) 福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点
 - ア 社会福祉法の理念とリスクマネジメント
 - イ 基本的な視点は「クオリティーインプループメント(QI)」
 - ウ リスクマネジメントとクオリティーインプループメント(QI)
 - エ 「事故」とは何か
- 3 経営者のリーダーシップと決意の重要性 4

第2 リスクマネジメントを進める体制整備にあたって

- 1 組織風土の改善 5
- 2 組織全体での取り組み 5
- 3 継続的な取り組み 5

第3 事故を未然に防ぐ諸方策に関する指針

- 1 基本的な視点 6
 - (1) 「コミュニケーション」の重要性
 - ア 「利用者、家族等とのコミュニケーション」
 - (ア) 情報の提供
 - (イ) 日常的な情報交換
 - (ウ) 効果的なコミュニケーションを確保するために
 - イ 職員同士のコミュニケーション
 - (2) 苦情解決への取り組み
- 2 サービス提供場面におけるリスクと事故防止策 8
- 3 身体拘束との関係 10
- 4 リスクマネジメントの視点を入れた業務の見直しと取り組み 10
 - (1) サービスの標準化と個別化
 - ア サービスの「標準化」
 - イ サービスの「個別化」
 - (ア) アセスメント
 - (イ) 個別援助計画

- (2) 利用者の動きを把握し、目配り気配りを欠かさない体制づくり
- (3) 記録と報告
- (4) 法人・施設による自主的な業務マニュアルづくり
- (5) リスクマネジメントを効果的に行うための取り組み
 - ア 事故事例やヒヤリ・ハット事例の収集と分析
 - イ OJT（職場内教育、業務を通しての人材育成）
 - ウ QC活動
 - エ 取り組みの周知徹底

第4 事故が起ってしまったときの対応指針

1 事故に対応する際の基本姿勢	17
2 事故対応の原則	17
(1) 個人プレーでなく組織として対応	
(2) 事実を踏まえた対応	
(3) 窓口を一本化した対応	
3 事故対応のフロー	18
(1) 事実の把握と家族等への十分な説明	
(2) 改善策の検討と実践	
(3) 誠意ある対応	
4 事故の発生に備えて	19

第5 おわりに

(別紙1)	20
1 苦情解決体制を整備するにあたってのポイント	
2 苦情対応の基本原則	
3 苦情の傾向と対応策の一例	
(別紙2)	22
事故事例とそれらに対する発生要因の分析及び対応策	
(別紙3)	31
抑制することの弊害等について整理	
(別紙4)	32
例1 食事に関する介護マニュアル	
例2 入浴に関する業務基準	
(別紙5)	35
書式の一部をチャート式にした記録様式の例	
(別紙6)	36
事故を防止するための留意点を踏まえた絵入りの業務マニュアルの例	

福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針

～ 利用者の笑顔と満足を求めて ～

第1 総論

1 はじめに

介護保険制度の導入や社会福祉基礎構造改革の進展により、福祉サービスの利用は措置から契約に基づく制度へと移行しつつあります。契約に基づくサービスの利用制度のもとでは、利用者・事業者双方において、お互いの権利・義務関係が明確となり、事業者は利用者に対して契約に基づくサービスを適切に提供することが強く求められてきます。

昨今、このような背景のもとで利用者の権利意識が高揚し、これまでは顕在化しにくかった福祉サービスにおける事故の問題が大きく取り上げられるようになってきています。また、福祉サービスの質の向上の必要性が高まるなか、利用者の安心や安全を確保することが福祉サービスの提供にあたっての基本であることから事故防止対策を中心とした福祉サービスにおける危機管理体制の確立が急務の課題であると言えます。

一方、福祉サービスは利用者の日常生活全般に対する支援や発育の助長を促すことを目的に提供するものであり、その危機管理体制のあり方についても医療とは異なる観点からの整理が必要との指摘もあります。そのため、福祉サービスにおける危機管理（以下「リスクマネジメント」という。）の体制を構築していくためには、福祉サービスの特性（サービスの内容やサービス利用者の特徴など）を踏まえた視点と具体的な対応が求められることとなります。

本指針は、厚生労働省「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」（座長：橋本泰子大正大学教授）における7回にわたる検討の成果を取りまとめたものです。検討にあたっては、特に先に触れたとおり、主に社会福祉施設における福祉サービスの特性や実際のサービス提供場面の実態に即した内容となることに留意しました。また、この中で、特にリスクマネジメントの取り組みを有効に推進していくためには、社会福祉法人経営者の役割や責任が大変に重要となることを指摘しています。福祉サービスにおけるリスクマネジメントは、人事管理や労務管理等と同じく「経営」そのものであり、その取り組みにあたって経営者は自らの責任を改めて認識することがその出発点となるからです。

2 福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点

（1）福祉サービスにおけるリスクマネジメントをどのようにとらえるか

はじめに、リスクマネジメントということについて簡単に整理しておきたいと思います。

一般的に企業等で行われているリスクマネジメントには非常に多岐にわたる意味

内容が含まれています。そもそも、健全な企業経営を阻害する要因を「リスク」としてとらえ、そのリスクの発生を防止したり、最小限に抑えることはもとより、万が一にもリスクが発生してしまった場合の対応策をも包含する取り組みとして通常は行われています。従って、例えば、資金繰りの悪化であるとか、人事・労務管理上の問題、PL法（製造物責任法）への対応、天災への備え等、その守備範囲は広いのです。

一方、昨今、福祉サービスの分野で議論されているリスクマネジメントは、「福祉サービスを提供する過程における事故の未然防止や、万が一にも発生した場合の対応（特に損害賠償等、法人・施設の責任問題を含む）」にその中心がおかれています。

本検討会では、検討を進めるにあたり福祉サービスにおける事故防止をどのように進めたらよいかや万が一にも事故が発生してしまった場合の対応はいかにあるべきか、といったテーマを念頭に、この指針もそれらに重点をおいて取りまとめた内容になっています。

しかしながら、社会福祉法人・福祉施設の経営環境が大きく変化する中、上記のように、より幅を持った経営全体に関するリスクマネジメントのあり方や取り組みが引き続き検討される必要があることにも留意する必要があります。

（２）本指針におけるリスクマネジメントの範囲

本検討会では、当初、より具体的なイメージを持つため、サービス利用者自身の身体上のケガ、感染症、食中毒、健康・安全に直接的影響を与える事故をどのように防止したらよいかという課題を念頭に検討を進めてきました。しかしながら、例えば個々の「転倒」に着目してその防止策を考えようとするれば、利用者の状態像や施設環境等が強く影響するためにきわめて個別性が高い内容ひとつひとつに踏み込まなければならないこととなります。そのような対応のあり方は本来、それぞれの施設において十分な検討と創意工夫のもとに行われるものであると考えられます。

そのため、個々の事故を防止するための方策をそれぞれの法人・施設が検討する前提として求められる共通的な取り組み等について指針として整理することとしました。

（３）福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点

次に本指針が示すリスクマネジメントの共通的な取り組み等を取りまとめるにあたり、検討会が最も大切にしたい基本的な視点を整理しておきます。すなわち、その基本的な視点が、各法人・福祉施設においてそれぞれリスクマネジメントに関する取り組みを推進するにあたって基本になければならないからです。

ア 社会福祉法の理念とリスクマネジメント

社会福祉法第3条に、福祉サービスの基本理念として「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない」と規定されています。

介護サービスを提供する福祉施設等からは、利用者の自立的な生活を重視すればするほど「リスク」は高まるのではないかと、と危惧する声も聞こえてきます。しか

し、事故を起こさないようにするあまり、極端に管理的になりすぎてしまい、サービスの提供が事業者側の都合により行われるとするならば、人間としての成長、発達の機会や人間としての尊厳を奪うことになり、福祉サービスの基本理念に逆行することになりかねません。

そこで、このように「自由」か「安全」かという二者択一ではなく、福祉サービスにおいては、事故を完全に未然防止するということは困難なものと捉えてみます。

その上で、事故を限りなく「ゼロ」にするためにはどうしたらよいか、あるいは、万が一起きてしまった場合に適切な対応を図ることはもとより、同じような事故が再び起こることのないような対策を講じるなど、より積極的な姿勢をもつことが重要であると考えられます。

イ 基本的な視点は「クオリティーインプループメント (QI)」

本検討会では「クオリティーインプループメント (QI)」を基本的な視点として福祉サービスにおけるリスクマネジメントのあり方についての検討を行ってきました。これまでは、とすると「リスクマネジメント＝損害賠償対策・対応」という捉えられ方がなされることがあったことも否定しがたく、特に前述のような特性をもつ福祉サービスにおいてはこのように矮小化した捉え方は適切ではありません。福祉サービスにおけるリスクマネジメントは、「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が未然に回避できる」という考え方で取り組みを進めることが大変重要です。

ウ リスクマネジメントとクオリティーインプループメント (QI)

それでは、なぜクオリティーインプループメントの視点がリスクマネジメントにおいて重要なのかについて触れたいと思います。福祉サービスの事故事例やその要因等については後に紹介することとしていますが、例えば、「利用者が自立歩行中に転倒した」という事故があったとします。そこで考えられる要因はいくつもあると思いますが、これまでは、「しっかり見守っていなかった担当職員が悪い」「利用者が声をかけずに勝手に移動してしまった」「まさかこの利用者が自分で歩くとは想像できなかった」といった要因分析で終わっていたのではないのでしょうか。このような要因分析からは、「担当職員を呼んで厳重に注意した」とか「利用者に対して移動する際には職員に必ず声をかけてもらうようにした」などといった防止策しか出てきませんし、同様の事故が再発することは間違いありません。

例のような事故を防止するためには、その利用者に関する状態像の的確な把握や、それに対してどのようなサービスを実施するかという内容の明確化と、その確実な実施等、いわばこれまでは利用者全体をマスとしてとらえて提供されてきた福祉サービスをより利用者一人ひとりに着目した個別的なサービス提供へと変えていくことが最も強く求められることとなります。このことは、言うまでもなく福祉サービスの質の向上（クオリティーインプループメント）に向けた取り

組みそのものです。

従って、さまざまな類型・内容の事故が発生し、個別性が高いとしても、その防止に向けた取り組みの共通的・基本的な視点は「クオリティーインプループメント」が非常に大切です。

エ 「事故」とは何か

さて、次に福祉サービスにおいて「事故」をどうとらえるか、ということについて整理してみます。例えば、全国社会福祉協議会が平成12年度の長寿・社会福祉基金の助成事業として作成した『福祉サービス事故事例集』では、「社会福祉施設における福祉サービスの全過程において発生する全ての人身事故で身体的被害及び精神的被害が生じたもの。なお、事業者の過誤、過失の有無を問わない。」と定義しています。医療や看護の分野でも同じような定義が見られています。

一方で、例えば保育所において子どもたちが鬼ごっこをしていて転んだことが果たして「事故」であるのか、といった指摘があります。

確かに「事故」という言葉がもつイメージは決して良いものではなく、どうしても法人・施設の責任といった面にはばかり目が向いてしまいます。しかしながら、先のクオリティーインプループメントの考え方に立てば、どのような事象を「事故」としてとらえるかということよりも、「その出来事が人間としての尊厳を冒すことであったり、安全や安心を阻害しており、提供するサービスの質に悪い影響を与えるものであるならば、改善する必要がある」という判断が重要となります。

3 経営者のリーダーシップと決意の重要性

以下、クオリティーインプループメントの視点に立って、具体的なリスクマネジメントの取り組みやさまざまな手法・技術について指針を示していきますが、それらの基本として最も重要となる社会福祉法人・社会福祉施設経営者のリーダーシップの重要性について触れておきます。

福祉施設においてリスクマネジメントの取り組みを進めるにあたっては、まず、法人経営者や施設長等その管理者自身の強い決意が必要です。これまでの措置制度と違い、契約による利用を原則とする福祉サービスにおいては、契約内容を適切に履行することが最低限求められますから「品質管理」と「安全管理」はこれまで以上に大変重要となりますし、社会福祉法人経営の中核となるものと言えます。そこでは、経営者の果たすべき役割が強く求められますし、その具体的な取り組みを推進するには管理者自らの率先垂範や、強いリーダーシップの発揮が不可欠です。

特に福祉サービスにおけるリスクマネジメントを「サービスの質の向上」を志向するものとして取り組むためには、経営者自身、自施設が行っているサービスの質の現状を十分に認識したうえで、「よりよいサービスを目指す」決意を強く持つことがまず必要となります。そして、経営者の強い決意とリーダーシップのもと、すべての職員にリスクマネジメントの意識や「質の向上」に向けた取り組みを十分に浸透させなければなりません。

第2 リスクマネジメントを進める体制整備にあたって

さて、実際にリスクマネジメントを進める体制整備や取り組みを進めるにあたってのポイントを次に示します。医療や看護の分野ですでに取り組みが見られる安全委員会やリスクマネージャーの設置、あるいはインシデントレポートシステムやQC活動の実践も、法人・施設において基本的な体制整備が図られていなければ効果的には機能し得ないからです。

1 組織風土の改善

リスクマネジメントの取り組みを進めるにあたって大切なことは、職員一人ひとりが「安全」ということを認識していることと（安全文化の醸成・共有）、何かあれば気軽にお互いに意見を出し合える「何でも物が言えるような雰囲気」「風通しのよい組織」であることです。

そのためにも経営者自らがその必要性を認識して、意識的にそのような組織風土が醸成されるような働きかけを日常的に行う必要があります。

2 組織全体での取り組み

リスクマネジメントの取り組みは、経営者や特定の一部職員のみによって達成するものでは到底ありえません。リスクマネジメントの取り組みには、すべての職員が参画することが求められます。また、そこでは施設職員と経営者との連携が大変重要となります。取り組みが経営者の一方的な指示によって行われるものでもありませんし、職員だけで行われるものでもありません。日頃から、経営者は職員の声に耳を傾け、現場での課題等を明らかにしておくとともに、どのような対応策が考えられるのか、現場の創意工夫を引き出しながらともに構築していくような姿勢が望まれます。

3 継続的な取り組み

リスクマネジメントの取り組みは、その仕組みを導入したらおしまいということでは決してありません。いわゆる「PDCA【プラン（計画）・ドゥ（実施、運用）・チェック（検証）・アクション（改善活動）】」サイクルに基づいて取り組みを進めていくことが求められます。取り組みを行ってみて明らかになる問題点等については定期的な検証や必要な改善策を講じることによって常によりよい取り組みが行われるよう、継続的に改善、発展させていくことが重要です。

第3 事故を未然に防ぐ諸方策に関する指針

次に福祉サービスにおけるリスクマネジメントの取り組みについて、指針としてその具体的な方策を示していくこととします。

1 基本的な視点

(1) 「コミュニケーション」の重要性

利用者に対して適切な福祉サービスを良好な関係のもとに提供するにあたっては良好な「コミュニケーション」を確保することが非常に大切です。「コミュニケーション」の概念は、広くて抽象的ではありますが、特にリスクマネジメントの視点から、①利用者、家族等とのコミュニケーション、②職員同士のコミュニケーションについてそのポイントを整理することとします。

ア 「利用者、家族等とのコミュニケーション」

(ア) 情報の提供

福祉サービスが措置から契約により利用される制度に移行していくなかで、利用者との適切かつ良好なコミュニケーションを確保するために基本となるのは、この「情報の提供」が十分に行われていることです。情報の提供はその対象や、契約締結過程の場面によっていくつかの段階がありますが、共通して課題とされているのは、利用者と事業者の間には情報の「非対称性」があるという点です。福祉サービスの内容や利用者の心身の状況に着目した場合、サービスに関する情報量や内容は事業者の方が優位であり、利用者はなかなか十分に知りうるできないという基本的な考え方があります。このような状況を是正しないで行われた契約締結は適切ではありません（消費者契約法の考え方）。

社会福祉法や介護保険制度では、法令上に重要事項の説明義務等が盛り込まれていますが、それらを遵守したうえで、必要となるサービスの種類や内容、料金などについてあらかじめ説明をするとともに、利用者や家族の意向を十分に反映させ、納得を得ることが重要です。また、サービス利用中であっても継続的に、利用者の状態等に関する情報の提供を行い、サービス内容の変更や決定を行う際には、利用者や家族の意向を十分に尊重することも求められます。

このことは、後のトラブルを防止することはもとより、施設がサービスを行っていくうえで必要となる情報をより正確に把握することにもつながり、ひいてはより安全なサービスを提供することにもつながります。

(イ) 日常的な情報交換

入所施設に限らず、利用者の状態や出来事を頻繁に情報交換することが重要です。特に、離れて生活をする家族で利用者の状態の変化が把握できてい

ない場合には、利用者の急変等に対して「こんなはずはない、もっと状態がよかったはずだ。」といった認識のずれも生じやすいものです。

そのため、リスクマネジメントの視点からは、家族に普段の生活をみてもらいながら、そのリスクを利用者・事業者・家族で互いに話し合い、認識することによってリスクを共有（分け持つ）することができるという意味において日常的な情報交換が大切となります。

また、その際には家族が本当はどう考え、思っているのかについて、その本音を聞き出しながら関わり、その内容によってはサービス内容に反映させていく姿勢が望まれます。

（ウ）効果的なコミュニケーションを確保するために

さて、ただ「コミュニケーション」といっても、家族との日常的かつ有効な情報交換を行う場合には、率先して施設の側から働きかけて関係をつくらなければいくら一方的な説明をしても相手には伝わりません。

また、誰が、いつ（どの程度の頻度で）、どのような方法で情報交換をするのか、一定のルール化をしておくことも有効であると考えられます。なぜならば、「必要に応じて」といった漠然とした取り決めの場合「行われない」ことがあるからです。

その場合でも、誰か特定の職員がその家族に関わればよいということではなく、常日頃からすべての介護職や事務職員であっても情報交換が行えるよう、きちんと相手からの話を聞けるような状態にしておくことが求められる体制のあり方です。

イ 職員同士のコミュニケーション

先にも触れたように、効果的なリスクマネジメントの取り組みを進めるにあたっては、風通しのよい、何でも言い合えるような日頃からの雰囲気づくりが大変重要です。

職員同士のコミュニケーションでは、①情報の共有化、②職種を超えた日常的なコミュニケーションという2点がポイントであると言えます。

まず1点目の「情報の共有化」は、組織全体としてリスクマネジメントに取り組んでいく上で不可欠となります。共有すべき情報には、一人ひとりの利用者の状態像（特にサービス提供上の留意点や忌避事項など）や発生した事故情報・その後の対応策等が挙げられます。情報を共有することによって、対応する職員の違いによるサービスのばらつきが少なくなり、危険も共有できることから、ひいては事故の防止につながることにあります。

2点目の職種を超えた日常的なコミュニケーションは、多職種で構成される福祉施設では特にその重要性は広く認識されているところとなっています。ケースカンファレンス以外の場面でも日常的に情報交換や意見交換ができるような取り組みが必要です。

(2) 苦情解決への取り組み

社会福祉法によって法定化された苦情解決については、「苦情はいやなもの」ではなく、事故防止のための積極的な情報という位置付けで前向きに捉えるべきです。特に社会福祉基礎構造改革の進展や、介護保険制度の施行にともない、利用者の権利擁護の観点からは苦情解決を安易に第三者に委ねることなく、まずは、法人・施設で対応し、解決していくことが重要となります。すなわち、苦情解決の取り組みを利用者の権利擁護のシステムとして、新しい施設の機能に位置づけて内包していく視点が大切になります。

リスクマネジメントの視点からみた福祉サービスに関する苦情のとらえ方として、福祉施設は、利用者の生活の全般に関わるサービスを提供しているので、利用者一人ひとりの苦情や要望のすべてに responding していくことは現実的には難しい面もあります。しかし、「できないものはできない」と決め付けてしまい、結果として利用者の声を無視してしまっているのでは、利用者との信頼関係を損なうことになってしまいます。このような対応では、先に述べた利用者との良好なコミュニケーションも保たれるはずがありません。「なぜ、できないのか」をきちんと利用者に説明して、納得を得るというプロセスが非常に大切です。

さて、利用者の苦情の中には、サービスを提供する側からは見落としてしまいそうな問題を鋭く指摘するものも少なくありません。見過ごしてしまえば大きなトラブルにつながってしまう場合もあるかもしれません。例えば、「ナースコールを押してもなかなか対応してくれない」という苦情が出されているながらも特段の対策を講じず、万が一そのような間に大きな事故が発生した場合にはどうなるのでしょうか。また、苦情の段階でしっかりとした早期対応ができていれば大きな問題にならなかったケースであっても、適切な対応をとらなかったために施設側の責任問題にまで至るケースもあります。

このように、事故を未然に防止するというリスクマネジメントの取り組みのひとつとしてこの苦情解決の取り組みを積極的に行っていくことが求められます。

なお、(別紙1)に苦情解決体制を整備するにあたってのポイントや苦情対応の基本原則、さらに参考として苦情の傾向と対応策の一例を記述しています。

2 サービス提供場面におけるリスクと事故防止策

次に、福祉サービスにおける事故事例と発生要因の分析をもとに、事故の防止策についていくつかの具体例を示していきます。前述した『福祉サービス事故事例集』には、全国1,384施設から収集した事故事例や、6,400名余の介護職員から寄せられたヒヤリ・ハット事例が整理されています。

まず、個別の事故事例等に触れる前に事故の発生状況に関するおおよその傾向を次の表によってお示します。

【各施設において多く発生している上位3つの事故類型】

施設種別	1	2	3
特別養護老人ホーム	転倒 198件 (50.0%)	誤嚥 37件 (9.3%)	転落 37件 (9.3%)
身体障害者療護施設	転倒 225件 (40.3%)	転落 62件 (11.1%)	打ち付け 62件 (11.1%)
知的障害者更生施設 (入所)	転倒 86件 (34.8%)	利用者の行為 59件 (23.9%)	転落 16件 (6.5%)
保育所	転倒 36件 (30.0%)	打ち付け 36件 (30.0%)	転落 27件 (22.5%)
重症心身障害児施設	転倒 34件 (24.8%)	転落 17件 (12.4%)	利用者の行為 19件 (13.9%)

【各施設において事故が多く発生している上位3つの業務場面】

施設種別	1	2	3
特別養護老人ホーム	歩行・移動中 118件 (29.8%)	食事中 43件 (10.9%)	入浴時 42件 (10.6%)
身体障害者療護施設	歩行・移動中 135件 (24.2%)	入浴時 74件 (13.3%)	移乗時 59件 (10.6%)
知的障害者更生施設 (入所)	歩行・移動中 74件 (30.0%)	食事中 18件 (7.3%)	入浴時 16件 (6.5%)
保育所	自由時間・遊び中 64件 (53.3%)	(歩行・移動中) 6件 (5.0%)	(レク中) 6件 (5.0%)
重症心身障害児施設	歩行・移動中 23件 (16.8%)	入浴時 13件 (9.5%)	食事中 12件 (8.8%)

このように、これまでも転倒や誤嚥事故が最も多いということが指摘されてきていますが、改めて、いずれの施設種別においてもある程度共通した傾向であることが確認できます。また、業務の場面をみると歩行・移動中がもっとも多く、以下、入浴時と食事中に事故が多く発生していることがわかります。

従って、あらゆる施設で多く発生している事故類型である「転倒」「誤嚥」「転落」をいかに減らしていくか、あるいは歩行・移動中の事故や入浴・食事中の安全をいかに確保していくか、といった取り組みを優先的に行っていくことが、全体として、福祉サービスの事故総数を減らしていくために効果的であると言えます。

ここでは、「転倒」「転落・落下」「誤嚥」にしばって寄せられた事例と、それらに対する発生要因の分析及び対応策を(別紙2)に紹介することとしますが、2点ほど留意していただきたいことについて付言しておきます。

ひとつは、事故事例を紹介することの意味です。『福祉サービス事故事例集』は、福祉サービスに関する事故の多寡を明らかにすることを目的として作成されたものではありません。これまで福祉サービスに関する事故については、個々の施設はもとより、業界全体としてもその発生状況が把握、共有されていませんでした。しかし、このような事例集として取りまとめて公表することによって、福祉サービスにおける典型的な事故事例を共有することができ、それぞれの施設において、それら典型的な事故については優先的に防止するための取り組みが推進されることに大きな意義があります。

2点目は、「事故」と「ヒヤリ・ハット事例」の定義についてです。調査を実施した際、両者をそれぞれ以下のように定義しました。

「事故」：施設における福祉サービスの全過程において発生するすべての人身事故で身体的被害及び精神的被害が生じたもの。なお、事業者の過誤、過失の有無を問わない。

「ヒヤリ・ハット事例」：利用者に被害を及ぼすことはなかったが、日常のサービスの中で事業者が「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたものの。

しかしながら、寄せられた回答を整理していくと、この両者の違いが明確にはなりません。指針の冒頭でも触れましたとおり、事故とは何か、ヒヤリ・ハット事例とは何か、といった点において共通の理解が醸成されている状況には至っていないと言えます。

3 身体拘束との関係

身体拘束ゼロでは、自律的な生活と安全確保が対立するような捉え方がされがちですが、対立する概念ではなく、よりよいサービスを提供するという観点で改めてとらえなおすことが必要です。また、最近では身体拘束ゼロが目的になってしまっており、ケアの本質を見逃してしまっている議論も散見されています。「身体拘束ゼロが方針なので私どもは拘束をしません」だけではなく、一方では、外した場合にどのような対応をとるべきであるのかを必ず検討して実践すべきです。

ある病院では抑制することの弊害等について（別紙3）のように整理しています。

なお、拘束をはずしたら転倒が減ったという事例も報告されています。その理由としては、今までは紐や道具に頼っていたものが、職員の意識改革が進む中で十分な見守りが行われるようになったためであると考えられています。

4 リスクマネジメントの視点を入れた業務の見直しと取り組み

さて、その基本を「サービスの質の向上」におく福祉サービスのリスクマネジメントでは、安全対策委員会の設置や、インシデントレポートシステムの導入等、新たな取り組みが求められることもありますが、現在行われている日常業務を改めて事故防止の観点から再点検、見直しを図ることが特に大切であると考えられます。特に、個々のサービス実施方法（手順）や使用する福祉機器、施設環境の状態、あるいは職員自

身の技術に焦点をあてて検証を行う必要があります。あわせて、取り組みを進めるにあたっては、職員の労働強化につながらないような配慮が求められます。なぜならば、職員に負担を強いるような取り組みでは、継続的な実践が困難になるからです。

以下、これからのサービス提供にあたって求められる新たなサービス管理の視点を示すこととします。これまでに、これらの視点の重要性は認識され、それぞれの施設においては創意工夫のもとに取り組みが行われてきていると考えられますが、やはり、リスクマネジメントの視点からそれらを検証し、新たな実践を図っていくためには、今までとは違った技術等が求められるものです。

(1) サービスの標準化と個別化

最近、国際標準の品質マネジメントシステムであるISO9000シリーズの導入に向けた検討を行ったり、実際に認証を受けたという福祉施設も増えている中で、「サービスの標準化」の必要性が指摘されてきています。「標準化」というと、関係者の間からは「多様な利用者に対してマニュアルに基づいて画一的なサービス提供につながる」といった趣旨の指摘が多く聞かれるところですが、しかし、ここで言う「標準化」とは、組織の目的や使命、あるいは個々の業務に関する手順等についてなされるものであり、一人ひとりの利用者の状態像に着目した個別的なサービス提供は、個別援助計画によってしっかりと行われることが大切です。すべての利用者に同じ内容・手順でサービスを実施することを求めているものではないということに留意が必要です。「標準化」と「個別化」は分けて考えなければなりません。

ア サービスの「標準化」

サービスの標準化を図ることによって、提供されるサービスのばらつきを抑えることができるため、利用者の不満が減少するとともに、むだな業務手順を省くことができることから業務の効率化にもつながりやすいというメリットがあります。これまでの施設サービスは、各職員の経験と勘によって多くの部分が行われてきたという点を否定することはできません。新人職員の採用や人事異動等による業務のばらつきを抑え、それぞれのサービスを正確にしかも同一のレベルで行われるようにするためにも業務の標準化が望まれます。

リスクマネジメントの観点からは、上記の他、ある業務について、組織として一定のやり方が決まっていれば、万が一にもその業務中に事故が起こった場合、原因を特定しやすく、ただちに、改善に結びつけることができることが期待できます。各職員がそれぞれの経験と勘に頼ってばらばらにやっているのでは、業務の改善はおろか、原因を特定することすら難しいこととなります。

看護の分野では、「看護基準」として各病院がそれぞれ作成して古くから活用されている経過があります。また、最近では「パス法」の導入について、その有効性や必要性も議論されており、業務の「標準化」に向けた取り組みは今でも活発に行われていると言えます。

さて、(別紙4)に食事に関する介護マニュアルと、ある特別養護老人ホームが作成している入浴に関する業務基準を例示します。なお、例示については、よ

い例の一つであり、これらの基準を作成するための参考としていただき、その際にはそのまま使用するのではなく、個々の施設における職員配置や建物・設備構造の独自性を踏まえたものとなるよう配慮するなどの工夫が必要です。

最近、福祉サービスの分野でもマニュアルの必要性が指摘されています。このように各サービスについて標準的な業務手順を組織として作成して取りまとめることもひとつのマニュアル化であると言えます。このような業務手順（標準）を定めるにあたっては、別紙4の例のように、事故防止の観点から危険の予測と、それに対する注意事項を適宜、手順の中に盛り込んでいくことが大変重要です。

イ サービスの「個別化」

さまざまな状態像、ニーズをもつ利用者一人ひとりに対しては、組織が定める標準的な方法・手順のみによる画一的なサービス提供で十分であるはずはありません。当然のこととして、提供するサービスの「個別化」が図られる必要があります。

利用者一人ひとりに提供するサービスの「個別化」は、主にアセスメントに基づく介護（援助）計画によって図られるものですが、改めて利用者一人ひとりの状態やニーズにふさわしいサービスが提供できるようなアセスメントや介護（援助）計画の内容となっているかの検証が必要となります。

（ア）アセスメント

サービスの提供にあたって各施設では、それぞれの方法に基づいてサービス提供に必要となる利用者状況等の情報収集を行い、利用者の福祉ニーズを明らかにするというアセスメントを行っています。リスクマネジメントの観点からは、この段階で一人ひとりの利用者が有する潜在的・顕在的なリスク（転倒、誤嚥、など）が明らかとなるような情報収集とそれに基づく多職種によるアセスメントが望まれます。例えば、「車いすに乗車中に1人で立ち上がってしまう」という聞き取り情報は、顕在的な転倒リスクとして重要なものとなります。また、服薬情報については、どのような薬を服薬しているのか、だけにとどまらず、その服薬がもたらす副作用（ふらつきの出現など）についてもあわせて明らかにしておく必要があります。なお、これまでの転倒歴や誤嚥歴等を把握しておくことは当然のことと考えられます。

そして、このアセスメントの段階で、明らかになったリスクに対してどのような対応を施設がとりうるかを検討しておく必要があります。

（イ）個別援助計画

アセスメントの結果に基づいて、利用者一人ひとりに対する個別援助計画を作成します。特に個別援助計画は、1人の利用者にさまざまな職員が関わることを想定して、より個別・具体的な記述を図り、職員間で共有化できるようにしておくことが強く求められます。関わる職員によっては、その利用者の特性やサービス提供時の留意点を十分に知っていなかったがために発生した事故も少なくありません。前述の「標準化」とは違った観点から、どの職

員がサービスを提供しても利用者一人ひとりに対するサービスのばらつきを抑えるために、この個別援助計画は重要なものであると言えます。

さて、リスクマネジメントの観点から特に個別援助計画に求められることは、①アセスメントの結果に基づき、その利用者の潜在的・顕在的リスクが明示されていることと、②それらのリスクを回避するために、施設としてどのようなサービスを提供していくかが明らかになっていることの2点が重要です。

また、計画はできるかぎり具体的に記載されていることも必要です。例えば、入浴時の脱衣については「一部介助」「注意する」といった記述だけが見られる計画もありますが、それだけでは何をどの程度一部介助するのか、何に注意したらよいのか不明確であるため、リスクマネジメントの観点からも望ましいものとは言えません。

(2) 利用者の動きを把握し、目配り気配りを欠かさない体制づくり

施設が分析した「転倒」の発生要因を見ると、「目を離してしまった」「見守り不足」とか「急に動いてしまったため」などという記述が多く見られます。ある利用者の見守り介護をする場合には、必ず「誰が」見守るのかを明確にしなければなりません。チームで業務にあたっていると、職員同士が「誰かが見ているだろう」という意識になってしまい、結果として誰も見ていなかったということが往々にしてあるものです。

また、自分がやむをえない理由によって利用者のそばを離れなければならない場合には、必ず他の職員に声を掛けるといった基本的な動作が職員の間で確認されていないために起こった転倒事故も多く見られます。

少しの間でも、利用者から目を離さない工夫の例としてある病院では、ミーティングの際、発言者がホールに背を向け、その他の職員は全員ホールの方を向くようにして利用者から目を離さない、あるいは頻回の見守りが必要な利用者がある場合にはタイマーを活用するといった取り組みを行っています。

(3) 記録と報告

福祉サービスにおける記録は、利用者に対してどのようなサービスを行い、それに対してどのような反応があったかといった経過を記録、報告してサービスの改善に結び付けていくということの他に、家族等に対してどのようなサービスを提供しているのかについて客観的に説明するための機能ももつものであり、今後ますますその重要性が高まってきます。

個別援助計画との関係では、提供するサービスのポイントを計画の中で明確化しておくことを前提として、それに対する支援状況と反応の記録といった整理が求められます。

福祉の記録は医療や看護の記録と違って、感情、情緒、かかわりといったコミュニケーションの要素が多分に入るため、客観的ではなく主観的となりやすい傾向が指摘されています。特に「何を記録するのか」が施設全体として明確にされ

ていない状況にあります。まずは、記録の記入方法（書式や用語など）を組織として統一することが望めます。

また、記録することが負担とならないための一つの方策として、文字で書く部分を極力減らすために、ある病院では書式の一部をチャート式にするなどの工夫をしている例（別紙5）もあります。

その際には書式の全てをチャート式にするのではなく、個々の利用者の状態像や具体的な計画が十分に把握できる記録にすることが重要です。

（4）法人・施設による自主的な業務マニュアルづくり

これまでの取り組みを踏まえて、法人・施設による自主的な業務マニュアルづくりを進めることも有効です。「マニュアル」というと、何か厚い冊子のようなイメージを持たれがちですが、必ずしもそうとは限りません。前述した個々の業務を「標準化」した文書もマニュアルのひとつであると言えますし、特に危険が多く潜んでいる業務（例えば、移動・移乗や入浴にまつわる事故例は、施設種別を問わず最も多発しているものです）に関して事故を防止するための要点を入れた業務マニュアルを作成することが大切です。そのマニュアルの作成にあたっては、介護職員等のサービスを実際に行っている者の工夫や知恵を最大限に生かすことが重要となります。

（別紙6）に、事故を防止するための留意点を踏まえた絵入りの業務マニュアルの例を示しておきます。

（5）リスクマネジメントを効果的に行うための取り組み

ア 事故事例やヒヤリ・ハット事例の収集と分析

事故防止策を検討するためには、現状を的確に把握する必要があり、そのためには施設内で起こった事故を把握するほか、事故につながりそうになった事例（ヒヤリ・ハット事例）を収集して活用することが有効であるとされています。施設においてもその有効性が認識されはじめ、各施設では独自の取り組みを始めているところも多く見られるようになってきました。しかし、つぎの調査結果が示すように、その取り組みは未だ緒についたばかりです。事例等に対する十分な分析や活用といったところまでは至っていないケースも多いようです。

【事故防止への取り組み状況】

(単位：施設数)

	事故防止への取り組み			
	事故/ヒヤリ・ハット	事故のみ	行っていない	無回答
救 護 施 設	14(35.0%)	18(45.0%)	3(7.5%)	—
養護老人ホーム（盲養護老人ホーム含む）	4(15.4%)	12(46.2%)	9(34.6%)	1(3.8%)
特 別 養 護 老 人 ホ ム	77(41.6%)	91(49.2%)	14(7.6%)	3(1.6%)
軽費老人ホーム（ケアハウス含む）	4(18.2%)	9(40.9%)	7(31.8%)	2(9.1%)
身 体 障 害 者 療 護 施 設	99(36.8%)	140(52.0%)	24(8.9%)	6(2.2%)
乳 児 院	23(46.0%)	21(42.0%)	5(10.0%)	1(2.0%)
母 子 生 活 支 援 施 設	4(10.0%)	20(50.0%)	13(32.5%)	3(7.5%)
保 育 所	24(32.4%)	25(33.8%)	18(24.3%)	7(9.5%)
児 童 養 護 施 設	11(28.2%)	15(38.5%)	11(28.2%)	2(5.1%)
知 的 障 害 児 施 設	15(25.9%)	32(55.2%)	9(15.5%)	2(3.4%)
肢 体 不 自 由 児 施 設	30(81.1%)	5(13.5%)	—	2(5.4%)
重 症 心 身 障 害 児 施 設	41(73.2%)	12(21.4%)	3(5.4%)	—
知的障害者更生施設（入所）	35(29.7%)	64(54.2%)	17(14.4%)	2(1.7%)
知的障害者更生施設（通所）	33(36.3%)	41(45.1%)	16(17.6%)	1(1.1%)
知的障害者授産施設（入所）	14(23.3%)	38(63.3%)	7(11.7%)	1(1.7%)
知的障害者授産施設（通所）	38(31.1%)	58(47.5%)	23(18.9%)	3(2.5%)
上 記 以 外 の 障 害 者 福 祉 施 設	5(16.1%)	19(61.3%)	7(22.6%)	—
デイサービスセンター（老人・障害）	17(26.6%)	32(50.0%)	12(18.8%)	3(4.7%)
その他の福祉施設等（老人保健施設）	1(50.0%)	1(50.0%)	—	—
合 計	489(35.3%)	653(47.2%)	198(14.3%)	39(2.8%)

(『福祉サービス事故事例集』より)

特にヒヤリ・ハット事例については、単にその収集が目的となってしまうことのないよう、施設として集めた事例をどのように分析して活用していくのか等について、あらかじめ目的を明確にしておくことが望まれます。

さて、事故事例やヒヤリ・ハット事例を的確に収集するためには、報告を提出した者に対して不利益処分を行わない、職員の個人的な資質のみの問題として扱わない等、報告しやすい環境（組織風土の改善）を整備することが非常に重要です。それは、職員の間で安全管理の重要性に対する認識や、同じような事例が再び起きないようにするための工夫だというコンセンサスが醸成されていることがその前提となります。

通常、収集した事例は「分析」⇒「要因の検証」と「改善策の立案」⇒「改善策の実践と結果の評価」⇒「必要に応じた取り組みの改善」といったいわゆるPDCAサイクルによって活用していくこととなります。また、その過程の中では自施設における事例だけではなく、知りうる範囲で他施設の事例についても取り

上げ、職員間での検討はもとより、利用者や家族等をも含めて話し合いができるような環境整備が図られることがより望ましいと考えられます。

イ OJT（職場内教育、業務を通しての人材育成）

作成した業務マニュアルを活用してその内容を広く周知する等、独自の職場内研修の実施が必要です。現在のところ、多くの福祉施設で事故防止に向けた職場内研修を実施しているとしていますが、実際の内容を見てみると、職員会議やミーティングで必要に応じて施設長等から話をしているといった内容の他、年に1回の救急救命の実技を実施ということが中心となっており、果たしてこれで十分と言えるかどうかについては議論の余地があります。今後は、特にリスクマネジメントの観点からの継続的・定期的かつ計画的な職場内研修が必要となりますし、その内容も講義形式だけではなく、実技を取り入れたものや、職員同士が話し合っ

て業務遂行上の危険を明らかにしたり、それらの対応策を互いに考えるなど、内容にも配慮していく必要があります。

ウ QC活動

一般企業では、品質管理のために現場の知恵や意見を活用する方策としてQC活動に取り組んでいます。福祉施設においても「サービスの質の向上」の観点からQC活動は有効な手法のひとつと言えるでしょう。具体的な進め方については、すでにいくつかの参考文献も見られますので、それらを参照してください。

ただし、すでにQC活動を実践している施設の例からは次のような課題も提起されていますので、十分な注意が必要です。

- ・ 活動の成果を発表するということが目的になってしまうことがある。
- ・ 事務職や看護職、管理的業務者が活動に入りにくい。

エ 取り組みの周知徹底

リスクマネジメントの取り組みを組織全体で推進していくためには、その取り組み方針や方策をすべての職員に周知する必要があります。具体的な周知方法としては、職員会議等で周知を図るといった方法が一般的ですが、より効果的なものとして防止月間や標語の設定、ポスターの作成・掲示による啓発、講演会の開催などが考えられます。講演会も単に実施すれば良いということではなく、全職員が聞く必要もあることから、勤務割によって聞けない職員に対してはテープおこしたものを配布して周知したり、同じ内容で回数を重ねて開催するといった工夫も望まれるところです。

また、ある大学病院では、白衣のポケットに入るぐらいの大きさのマニュアル集を全職員に配ってそれを常に携帯させ、活用を促しているという取り組みも見られています。

第4 事故が起きてしまったときの対応指針

次に、不幸にして事故が起きてしまった場合の対応について、その基本的な考え方を整理しておきます。これまでに福祉サービスにおけるリスクマネジメントの基本的な視点は「サービスの質の向上」にあるとしてさまざまな取り組みのあり方等を整理してきました。事故が起きてしまった場合に、適切に対応できるか否かは、この日頃からの取り組みがしっかりと行われているかどうかにかかっているといっても過言ではありません。

日頃から、経営者の強いリーダーシップのもとに組織全体としてサービスの質の向上を基本的な視点に据えたリスクマネジメントの取り組みを実践している施設では、この事故後の対応も的確に行われることが可能となります。事故を未然に防ぐための基本的な方策として重要な「コミュニケーション」も、日頃から利用者や家族との円滑・良好なコミュニケーションが確保されていれば、事故が起きてしまった場合でも、その後の解決に向けた相互のやり取りがスムーズに行われるでしょう。また、利用者一人ひとりについて適切なアセスメントがなされ、それに基づく個別・具体的な援助計画があり、十分な記録によってサービス提供過程によって施設が行ったサービスの内容を説明するならば、事故発生の因果関係等を明らかにすることができ、施設と利用者やその家族等、双方にとって望ましい状況になります。そもそも、そのような実践が行われている施設では事故そのものが発生しにくいということもあります。

逆に言えば、日頃の実践がなされていないところで事故が発生してしまった場合、施設にとっては適切な対応を図ろうにも図ることが到底できないということです。特に、関係者の間で問題となる「賠償責任」の問題は、事故対応のほんの一部分にすぎないということを認識する必要もありますが、訴訟が提起された場合には、事故が起きてしまった後に慌てても何もすることはできません。裁判の過程で明らかにされる事実の大部分は、日々のサービス提供の中で起きているものであり、事故が発生した後では、その過程を改めることはできないからです。

1 事故に対応する際の基本姿勢

事故後の対応にあたっては、利用者本人やご家族の気持ちを考え、相手の立場に立った発想で処していく姿勢が基本とならなければなりません。施設に事故の責任がある、ないということよりも、まずは誠意ある態度で臨むことが必要となりますし、後のことを円滑に進めることにもつながっていきます。事故によって大きな苦痛を蒙るのは利用者やその家族であることを念頭におくべきです。

2 事故対応の原則

(1) 個人プレーでなく組織として対応

法人・施設は契約の当事者としての意識を持って一体的な対応をすることが求められます。

(2) 事実を踏まえた対応

事実を正確に整理・調査し、それらを踏まえた対応をすることが必要となります。その際、経過の正確な記録（誰にいつどういう説明をしたか）や、その後の経時的な記録が重要です。そのためにも、日頃のサービス提供記録のほか、事故が発生した際にどのような記録を整備するかについて、施設内でルール化しておくことが望まれます。

(3) 窓口を一本化した対応

窓口を一本化した上で、十分なコミュニケーションを図り、中身を十分見極めることが重要です。相手の要望は単なる苦情の場合もあれば、本当の金銭クレーム、訴訟につながるものもあります。その訴えを十分に見極める必要があります。法人・施設内で事故発生時の対応責任者をあらかじめ決めておくことが求められます。

3 事故対応のフロー

先のとおり、リスクマネジメントを事故対応とりわけ「賠償問題」に矮小化してとらえてしまう傾向が見受けられますが、賠償問題というのは本当に一部に過ぎないとの指摘もあります。発生した事故を前にしてその利用者のご家族等がどのようなことを考えるか、何を知りたいと思うのか、といった視点を踏まえ、以下に事故対応のフローを整理します。

(1) 事実の把握と家族等への十分な説明

事故の知らせを受けた家族等が一番初めに共通して持つ強いニーズは、「事実を知りたい」ということです。そのためにも事故が発生した場合には、できるだけ早いうちに関係した職員から事情を聞くなどして、事実の確認と記録が行われる必要があります。職員が関係して発生した事故の場合、その職員も気が動転していますので、前後の記憶が定かではないことも想定されます。事実把握には迅速性が求められます。なお、施設の責任が問われかねない事実だからといって隠蔽したり、改ざんすることは厳に慎むべきであることは言うまでもありません。

そして、調査した結果に基づいて、家族等に事故の発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。その際の受け答えにも誠意ある態度で臨むことが基本となります。

(2) 改善策の検討と実践

2番目には、「今後どうするのか知らせて欲しい」というニーズが出てきます。このような事故が起きようでは、安心して利用することができないので、どのように対応するつもりなのか聞きたいということです。したがって、事故後の早い時期に発生した事故の要因分析を職員の参画のもとで多角的に行うとともに、具体的な再発防止策を検討・実践していくことが求められます。そして検討した結果は、きちんと家族等に対して説明をして、納得を得るということが重要です。

(3) 誠意ある対応

それでも、やはり「謝罪をして欲しい」という話しも出てきますし、謝罪でも納得できない場合には法人や施設の責任問題、さらには損害賠償の要求につながっていくこともあります。

謝罪については、往々にして「簡単に謝罪してはいけない」「謝罪すると、責任があったことを認めることにつながる」といったことが言われていますが、本来、有責無責にかかわらず、迷惑や苦痛をかけてしまったことに対しては人間的な共感をもって誠意ある対応をすることが大切です。「謝罪の意すら示さない」といって利用者側の感情を損ねてしまい、訴訟に発展するケースもあります。

4 事故の発生に備えて

事故が発生した直後の対応としては、利用者の救命や安全確保を最優先にしつつ、医療機関との連携と家族等に対する連絡という2つの対応を的確かつ迅速に行うことが求められます。そのため各施設においては、事故発生直後の初期対応の手順の明確化や必要となる連絡先リストの作成等の備えが必要となります。特に事故の発生直後は、職員も慌てやすく、日頃の備えが十分でないと、迅速な対応が損なわれるおそれが多分にあります。事故が発生した場合、施設内の医療スタッフとどのような連携を図るのか、その間にどのような連絡体制をとるのか、事故後の経過を誰がどのように記録するのか、などについて、あらかじめ明文化しておき、すべての職員に周知徹底することが望まれます。

第5 おわりに

福祉サービスにおけるリスクマネジメントの具体的な取り組みは、個々の事業の特性などを考慮のうえ自主的に定めることが重要ですが、単なる事故防止や賠償問題に矮小化することなく、積極的に利用者の満足度を高め、提供するサービスの質の向上を図るなど、より良いサービス提供を目指すという視点で進めることが肝要です。その結果として、有効な事故防止策が講じられるとともに、万が一にも事故が起きてしまった場合の適切な対応に繋がることにもなります。

本指針が社会福祉法人等において福祉サービスの一環である危機管理体制の確立に向けた一助となれば幸いです。

1 苦情解決体制を整備するにあたってのポイント

社会福祉基礎構造改革を支える仕組みとして新たに導入された苦情解決制度は、都道府県段階における対応（運営適正化委員会）と事業者による苦情解決という2つの流れがあります。事業者による苦情解決のあり方については、その具体的な仕組みが厚生労働省から「指針」として出されていますので詳細は通知をご参照ください。

以下に、より効果的な苦情解決体制を構築するためのいくつかのポイントを整理します。

- ・苦情を収集するチャンネルの多角化（苦情受付担当者や第三者委員以外にも、たとえば意見箱の設置や、利用者や家族との懇談会、匿名性を確保したアンケートの実施、など）
- ・苦情情報の共有化を図る
- ・「声なき声」を積極的に聞き出す

また、苦情はサービスの質の向上に向けた取り組みを促進するための貴重な情報源となることから、その有効な活用を図る観点からもいくつかの留意点があります。その前提として、職員間における苦情解決の意義や重要性が共有化されていることが大切です。

- ・苦情内容の十分な記録
- ・苦情内容の分類や整理
- ・苦情内容の詳細な検討（多角的な要因分析）
- ・改善策や対応策の立案（職員の創意工夫や提案を大切に）
- ・その実施と検証

2 苦情対応の基本原則

○公平性

事業者が設置する苦情解決の仕組みであっても、その基本は利用者の立場に立って対応することが基本となります。利用者が、情報の非対称性・交渉力の不均衡性・判断能力の不十分性等の面において、施設と完全に対等な関係となっていないことがあることを認識する必要があります。

○公正性

第三者委員という客観的かつ公正な存在が解決の方向性を正当化しうることにあります。第三者委員の二重性、つまり、事業者から選任されているという側面と利用者の立場に立つことが期待されているという側面とが均衡していることによって、公正さを高めていくことができます。

○迅速性

苦情対応が迅速になされなければ、利用者の不満は高まるばかりでせつかくの苦情解決体制も意味のないものになってしまいます。苦情を受けた際に「後で調べます」「後で検討します」という対応によって、ますます利用者の感情を損ねたという例もあります。どの程度、迅速に対応したかによって、利用者との信頼関係形成には大きな差が生じることになります。より迅速な苦情対応は利用者との円滑なコミュニケーションを助長し、より一層の信頼関係の形成を促進します。

○透明性

苦情を隠蔽することなく、苦情情報をプライバシーを侵害しない範囲内で公開するなど、組織として対応しているという姿勢を示すことが大切です。苦情を隠蔽したり、ましてや苦情の申立人を詮索するといった行為は厳に慎まなければなりません。

○応答性

苦情は、「利用者の声」としてとらえて有効なコミュニケーションの手段だと考えることが重要です。苦情に対する応答がなされ、それに対する利用者からの反応があるといった双方向のやり取りが継続的に行われることによって、サービスの質の向上にもつながることとなります。

3 苦情の傾向と対応策の一例

さて、一概に「苦情」といっても、その内容（レベル）については、「こうして欲しい」という要望的なものから、施設の責任を追及するといった内容のものまでいくつかのレベルがあると考えられます。「何が苦情か」といった疑問も一部には呈されていますが、苦情解決はリスクマネジメントの取り組みの一環として、福祉サービスの質の向上につなげるためにも、広く対応することが肝要です。

全国社会福祉協議会の社会福祉制度・予算対策委員会施設部会が取りまとめた「福祉施設における苦情解決のあり方特別委員会」報告書では、要望レベルの苦情として最も多い内容は「職員の言葉遣い」であることを指摘しています。職員の言葉遣いの重要性を改めて認識しなければならないと思います。ここでは、利用者に対する言葉遣いのあり方について全職員に共通認識を形成することが苦情を少なくするための取り組みとして大切だということが言えます。

また、広く職員の対応に関する苦情を少なくするという観点から、特に新人職員に対して独自の「若葉マーク」を活用しているユニークな例があります。出てきた苦情を十分に分析して、同様の苦情が出ないように何らかの創意工夫を講ずることが求められます。

1 転倒

「転倒」として寄せられた事例を、さらに次のように分類するとともに、それぞれの分類ごとの発生形態や、その要因を概観すると以下のとおりとなります。なお、ここで言う「転倒」には車いすからのすり落ち等も含めて整理しました。

(1) 移乗時の転倒

ア ベッド⇄車いす間の移乗時における転倒

ベッドから車いすに移乗する際に、利用者がバランスを崩してお尻から落ちたり、車いすのブレーキが不十分であったために車いすごと転倒するケースや、介助する職員が足を滑らせたために利用者的大腿骨が骨折したという事例が大変多く寄せられました。

車いすからベッドへ移乗するときの事例では、利用者の衣服がハンドクリップに引っかかってあやうく転倒しかけたケースもいくつか見受けられています。

要因としては、通常2人で介助するところを1人で行ったり、介助者や利用者が車いすの基本操作の確認を怠ったり、あるいは自力者に対する見守りや事故の予測が不十分だったり、職員が油断していたということが挙げられています。また、環境面では、車いすとベッドの配置方法や高さなどの点で改善すべき点があることが指摘されています。

対応策としては、基本的な介護の徹底を促したり、事故に関する背景や自分の考えを述べ合って再発防止を確認しあったり、受傷した利用者の個別援助計画を作成する等が講じられています。また、トランスを職員1人で行うことを厳禁したり、業務終了後に必ず声だし確認を徹底する施設もありました。

イ ベッド⇄ポータブルトイレ間の移乗時における転倒

ベッドからポータブルトイレへの移乗時における転倒は、利用者が職員に気をつかってコールを押さなかったために発生したり、ポータブルトイレへ座るときに目測を誤って転倒したり、利用者の体を支えきれずに介助者が利用者といっしょに転倒した事例が寄せられました。

要因としては、職員の見守りや介助者の人員不足などと、利用者自身が高齢による身体機能低下や1人でも大丈夫だという判断の誤りなどが挙げられています。また、ベッドとポータブルトイレへに移乗するときの手摺りの不備や位置関係への配慮が欠けていたと指摘する施設もありました。

対応策は、夜間の巡回をひんばんに行ったり、ポータブルトイレを廃止して、トイレのときは職員が必ず介助して、あとはおむつで対応する、利用者の行動能力の再確認を行うなどが挙げられています。

ウ その他の移乗時における転倒

この類型では、①利用者が自力で移乗しようとして転倒、②職員が移乗の援助をしていて利用者が転倒、③職員が移乗の援助をしていて転倒し、利用者も転倒、という形態に大きくは分類することができます。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、介助にあたる人数の不備（本来は2名でやるべきところを1名でやってしまった）、車いすやストレッチャー・ベッドなどのブレーキやストップパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）が挙げられるとともに、車いすとベッドの配置（位置）関係や、車いすとベッドの高さ、あるいは、援助時の足元の不備（敷物、物がおいてあったために十分な足場の確保ができなかった）などを指摘している事例も見受けられます。その他にも「移乗時に利用者がベッド柵をつかんでしまった」「利用者の衣服が車いすに引っかかった」等の要因も挙げられています。

事例発生後の対応策としては、利用者の状況の再確認とその徹底・周知、援助時の職員体制の徹底、援助時の環境整備、等が講じられています。

(2) 施設敷地内移動時の転倒

ア 歩行している際の転倒（杖使用を含む）

この類型では、①段差や物品等、つまずきによる転倒、②廊下の水滴等、滑りによる転倒、③足のもつれ、ふら付きによる転倒、④てんかん等、発作による転倒、⑤その他（飲酒など）の転倒、という形態に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、利用者の歩行ペース等に合わない援助の他、廊下等の段差や水滴、通路等に物が置いてあったというような環境的な要因も考えられています。また、「利用者本人の自助具が合っていない」「利用者が階段を移動する際に手すりを使用していない」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、利用者の状況の再確認とその徹底・周知、移動距離を短くするための居室変更、通路等の環境整備（段差解消・整理整頓）、等がとられています。

イ 車いす等にて移動している際の転倒（歩行器使用を含む）

この類型では、①段差や側溝による転倒、②スロープ移動時の転倒、③ベルトの締め忘れ等による転倒（すり落ち）、④利用者本人あるいは職員等、介助者の車いす等、操作ミスによる転倒、という形態に大きく分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、職員の手技の未熟の他、廊下の段差等、歩行車や車いすを利用する者に向けた環境になっていない、スロープの角度等、環境によるものも大きいとされている。また、「車いすの点検・整備不良」「利用者の飲酒」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、環境の改良（傾斜の解消等）、等が図られています。

（３）施設敷地外移動時の転倒

ア 歩行している際の転倒（杖使用を含む）

この類型では（２）アと同じように、①段差や物品等、つまずきによる転倒、②足のもつれ、ふらつきによる転倒、③てんかん等、発作による転倒、という形態に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、利用者の歩行ペース等に合わない援助、利用者と職員の体格の差、安全確認の怠りといった人的要因の他、歩道の段差や側溝、慣れない場所での状況の把握、危険箇所の把握が不十分などが、挙げられています。また、「外出時の履物が不適当」「利用者が突然走り出した」「てんかん等の発作」といった要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、外出先の状況を事前に把握する、介助を必要とする利用者の的確な把握と、その援助に必要な人員確保、道路等の環境整備（段差解消）について行政に要望する、等がとられています。

イ 車いす等にて移動している際の転倒（歩行器使用を含む）

この類型では、①段差や側溝による転倒、②スロープ・傾斜地等移動時の転倒、③ベルトの閉め忘れ等による転倒（ずり落ち）、④利用者本人あるいは職員等、介助者の車いす等、操作ミスによる転倒、という形態に大きく分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、職員の手技の未熟、ブレーキの掛け忘れや不備（片方しかかけていなかった）、職員の気のあせりの他、環境に関する要因として一般道路、歩道が歩行車や車いすを利用する者に向けた環境になっていないといったことが挙げられています。また、「車いすの点検・整備不良」、「利用者の運転技術の未熟」等の要因も散見されます。

事例発生後の対応策としては、車いす操作の技術向上を図る、環境の改良（段差の解消等）の緊急対応を要望、外出先の事前調査の実施、等が図られています。

（４）入浴時の転倒

入浴時の転倒は、「衣類着脱時」「浴室内等の移動時」「洗体時」「浴槽内」の場面に細分化することができ、それぞれに形態が異なります。大きくは①利用者自身のふらつきによる転倒、②利用者自身が足を滑らせて転倒、③介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒、④不適切な座位・立位による転倒、⑤利用者の発作による転倒、⑥その他の転倒（機器の取扱い不備など）に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、入浴介助の手順が守られていない、介助にあたる職員の人数の不備、機械操作の不備といった要因分析の他、手すりの不備、床の滑りやすさ、移動距離が長くなってしまう構造的な問題といったことが挙げられています。また、「入浴介護の慌しさ（職員数が足りない）」「タオル等の置き場に問題があった」等の要因分析も見られています。

事例発生後の対応策としては、入浴介護時に職員のゆとりが出るような工夫、環境の改良（滑らないような敷物の使用）、利用者の入浴方法（一般浴か機械浴か）の見直しを行い、障害の進行にあわせた入浴方法を利用者とともに検討した、等がとられています。

（５）排泄時の転倒

排泄時の転倒も、トイレ使用時と居室等においてポータブルトイレを使用する時では若干異なりますが、「便所内の移動時」「衣類着脱時」「排泄時」「排泄後の清拭時」の場面に細分化することができ、大きくは①利用者自身のふらつきによる転倒、②利用者自身が足を滑らせて転倒、③介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒、④不適切な座位・立位による転倒、⑤利用者の発作による転倒、に分類することができます。

発生要因としては、利用者の状態把握が不十分であり、危険予測ができていない、見守りが不十分だった、介助ベルトの固定確認が十分ではなかったといった要因の他、トイレ箇所数の不足、手すりの形態や設置数の不備、床のすべりやすさといったことが挙げられています。また、「職員数が足りない」「トイレ介助の順番が徹底していない」「本人のてんかん発作や付き添いの拒否」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、確実な介助方法の徹底、環境の改良（段差解消、滑り止め）等がとられています。

（６）レクリエーション・クラブ活動時等の転倒

サービス種別によってその形態が異なるものの、特別養護老人ホームやデイサービスセンターからの事例を見ると、風船バレーやボールを使った活動中に起こった事例が多く報告されています。レクリエーションやクラブ活動の実施時には、多数の利用者が一同に会することから、複数の職員の目が行き届いているようでも、実際には行き届いていなかったということが要因として挙げられているようです。また、障害の差が大きい利用者同士をペアにしたために事故につながったものと分析している事例もありました。

対応策としては、「ゲーム内容の見直し」や「ルールの徹底」、あるいは万が一、転倒した場合であっても大きなケガにつながらないような配慮をとった施設もありました。

(7) 食事時の転倒

食事時間中の転倒は、①食事中、いすからのすり落ち等の転倒、②配膳・下膳にかかる歩行中の転倒、③てんかん発作による転倒、に分けることができます。

考えられる発生要因を見ると、職員の見配りの不足や食堂や席の狭さ、等があげられており、いすからのすり落ちを防ぐ観点から、車いすのまま食事をするようにしたり、転倒しやすい利用者については職員が配・下膳する等の対応策をとっていると回答した施設が多くありました。

(8) 自由遊び時間中の転倒

保育所等における保育時間中に子どもが遊んでいて転倒して受傷した事例については、これを「事故」としてとらえるべきか否かについて、各事業所や職員の間でもその認識が様々ではありません。

発生要因については、職員の見配りや気配りの不足や子どもの発達に応じた保育内容であったか否かの検証が必要であった、等の分析がなされている他、例えば、追いかけてくるにはスペースが狭いといった施設環境の部分、あるいは多動や落ち着きがない等といった子ども本人の特性を指摘する事例もありました。

対応策については、転倒を事前に防止するという観点よりも、転倒した場合の受傷を最小限に食い止めるといった視点からの対策が比較的多く見られています。

(9) 授産等作業時の転倒

授産等作業時の転倒には、利用者のてんかん等発作に起因する事例が数多く見られます。また、利用者の体力を超えた重量物を持ったための転倒や、無理な体勢による車いすからの転倒、作業場環境の未整備（整理整頓の不備）に起因する転倒が代表的です。

対応策は、「職員による利用者の行動把握」「利用者個々の体力、能力を十分に把握する」とともに、常に職員が目が届くような位置を工夫することや車いす自体に転倒防止対策を施すこと等が挙げられています。

(10) その他の転倒

「その他の転倒」は、「更衣（靴の着脱を含む）時の転倒」「物を拾う・取る時の転倒」「車いすやベッドにおける急な立ち上がりによる転倒」等が代表的な事例となっています。

考えられる発生要因を整理すると、本来は付いているべき職員が離れてしまった、マニュアルが守られていない、利用者の状況観察や危険性の予知の認識不足といった主に人的な要因の他、業務に適したスペースが確保できていない、廊下等のすべりやすさ、ベッドや車いす使用の適否分析の不足といったことが挙げられています。また、「利用者本人の体調」「使用していた車いすの重心バランスの不備」等の要因も見られます。

事例発生後の対応策としては、職員が目が届く居室への変更、環境の改良、車いすの介助方法に関する勉強会の実施、等がとられています。

2 転落・落下

(1) 移乗時の転落・落下

この類型では、①利用者が自力で移乗しようとして転落・落下、②職員が移乗の援助をしていて利用者が転落・落下、という形態に分類することができます。多くはベッドやストレッチャーからの転落・落下事例であり、「利用者が自分で車いすに移乗しようとしてベッドから転落」、あるいは「移乗介護中、車いすのセットをしている際に利用者がベッドから転落」といった事例が多く寄せられています。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、介助にあたる人数の不備（本来は2名で行うべきところを1名で行ってしまった）、車いすやストレッチャー・ベッドなどのブレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）の他、機器の故障やベッドと車いすの位置（置き方）などが、挙げられています。

事例発生後の対応策としては、利用者の障害状況の把握の徹底、利用者の精神的な安定を図る、等がとられています。

(2) 施設敷地内移動時の転落・落下

ア 歩行している際の転落・落下

この類型の事例では階段からの転落・落下が最も多く寄せられている。利用者自らのふらつきやつまずきの他に、他の利用者と接触したことに起因する転落や階段歩行中のてんかん発作に起因する転落・落下事故が典型的な事例となっています。また、それ以外にも、慣れない環境で利用者が場所を勘違いして階段に入ってしまう転落した事例や、職員が利用者を抱えて移動している際に手が滑って落としそうになった事例も見られています。

発生要因としては、早朝時等で忙しい時間帯であり全体に目が行き届きにくい等、職員が少ないとする分析の他、手すりの不備や階段が急であるといった環境上の要因も挙げられています。

対応策としては、階段利用の際には、必ず職員が付き添うようにしている他、事故後は階段を使用せず、エレベーターを使用することとした、等の対応が図られています。

イ 車いす等にて移動している際の転落・落下

この類型では、「車いすで移動していて誤って車いすごと階段から転落・落下」「ストレッチャーで移動していてストレッチャーから転落・落下」といった形態が多く見られます。

職員が車いすのブレーキを掛け忘れたことに起因する事例の他、階段出入口の施設の不備をその要因として挙げる事例もありました。対応策も危険箇所に立ち入らないよう施設の徹底をはじめ、職員同士の声かけの方法等、介護業務全般の見直しを図ること等が挙げられています。

(3) 施設敷地外移動時の転落・落下

施設敷地外を移動している際の転落・落下事故は、歩行・移動中に道路・歩道から川や池、用水に転落・落下した事例が多くなっています。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等についての把握が十分ではなかったことや、職員間での引き継ぎが十分ではなかった、という人的な要因の他、外出時の職員体制の不備、あるいは散歩コースに危険箇所があることについて事前に把握がなされていなかった、等が挙げられています。

対応策としては、外出マニュアルを新たに策定した他、発生した事例を職員に周知して注意を徹底するといった策が講じられているようです。

(4) 入浴時の転落・落下

入浴時の転落・落下の事例は、「更衣時」「浴室内移動時」「洗体時」に、更衣台やストレッチャー・特浴機器から転落・落下した事例と、主に、浴室内を移動する際に職員が利用者を抱えていて、手が滑る等の原因により床に転落させてしまったという事例に大別することができます。

考えられる発生要因としては、利用者の障害の状態をしっかりと把握していなかったこと、離れてはならない利用者から介護者がその場を離れた、ストレッチャーなどのブレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）といった分析の他、機器の故障、ストレッチャー等、機器の安全装置が不十分、滑りやすい床、などが、挙げられています。

事例発生後の対応策としては、業務マニュアルの作成、ストレッチャーの定期点検の実施、安全性の高い機械を導入、等がとられています。

(5) 排泄・おむつ交換時の転落・落下

本類型は、ベッドや更衣台上において排泄行為・おむつ交換の援助を行っている際に利用者がベッド等から転落してしまったという事例です。形態としては、ベッド柵を外して介護をしている状態で、①介護中に利用者がバランスを崩して転落、②介護中に必要な物品を取ろうとして目を離したすきに転落、という大きく2つのパターンが見られます。

要因としては、利用者の動き（不随意運動の有無や寝返りの頻度、など）の把握不足のほか、必要物品をあらかじめ手元に用意しておかなかったことから結果として、利用者のそばを離れなければならなくなってしまったこと、あるいは更衣台の高さが高すぎる、等の分析がなされている。また、マニュアル等の不備から利用者に不適切な体位で交換援助に臨んでしまった結果、転落につながった事例もあります。

対応策としては、基本的な介護技術の徹底とともに、タオルやおむつの置き場所の再検討、あるいは更衣台の高さの変更を行った、等が挙げられています。

(6) 自由遊び時間中の転落・落下

本類型の事例も、自由遊び時間中の転倒事例と同様、発生要因については、職員の見守りや気配りの不足や、子どもの年齢差を考慮して対応すべきであった、等の分析がなされています。事例として最も多い遊具からの転落を考えた場合、①子どもが自発的に飛び降りてしまった事例と、②手が滑って転落してしまった、あるいは、③他児に押された結果、転落してしまった、という形態に分けることができますが、いずれの事例であっても、職員の見守りが不足していたという要因分析が多いようです。また、工) 遊具の破損による転落も数例出されており、これらの事例については遊具の点検不備やメンテナンスの不足等が要因として挙げられ、結果として点検・整備を実施するといった必要な対応策が講じられています。

本類型の事例に対する全体的な対応策としては、転倒と同様、事前に防止するという観点よりも、転落・落下した場合の受傷を最小限に食い止めるといった方策が多く講じられています。

(7) その他の転落・落下

ア その他、ベッドからの転落・落下

就寝中や起床時、あるいは体位交換時など、ベッドからの転落・落下はさまざまな場面で発生しており、いままでの類型分類ではすべてを網羅することはできません。本類型に整理した事例には、①就寝中にベッドから転落、②自分でベッドから降りようとして誤って転落、③ベッド上の座位からの転落、④ベッド上に立ち上がった状態からの転落、⑤ベッドの周りにある物品（ナースコール、尿器など）を取ろうとして転落、などが多く見られます。考えられる要因としては「ベッド柵を忘れた」「ベッド柵を利用者が乗り越えた・取り外してしまった」等が挙げられているが、ベッドに一度も寝たことのない利用者をベッドに寝かせたために発生した事例もあります。

対応策としては、ベッド柵の取り付けや交換の他、ベッドから布団に変更した、あるいは転落した時の受傷を最小限に食い止める観点から、ベッド下に緩衝材を敷いたり、ヘッドギアを着けることにした、等が講じられています。

イ その他、ベランダ等からの転落・落下

ベランダや居室の窓からの転落・落下は、利用者自身の意思により転落した事例の他、自由時間等に遊んでいて転落、あるいは手すりの不備により手すりから外れてしまったために子どもが転落した事例等があります。

要因については、多くの事例で職員の見守りの不足が挙げられている他、手すりや柵が転落を防止するには不足していたという環境的な要因についても分析がなされています。

対応策としては、手すりや柵の設置や、危険なベランダへの進入を防止するための工夫など、環境面での対応策が中心となっています。

3 誤嚥

(1) 食事時間中の誤嚥

職員が目を離したすきに、あるいは、食事中に発作を起こして誤嚥につながったり、職員が大丈夫だろうと思っていたミキサー食がのどにつまったり、利用者自身がみかんを丸のみして事故になったりというケースが多いようです。

発生の要因としては、利用者の食事の癖を知っていたが、見逃してしまったという利用者への注意不足や観察の不足などが挙げられています。また、食堂設備の不備や食事自体への配慮が欠けていたという指摘もありました。

対策としては、各テーブルに必ず職員がつくとか、誤嚥時の対応の再訓練の実施や救命器具の配備、食事摂取時の観察を十分行う、食材を小さくする、利用者個々の歯の状態を含めた嚥下状態の再確認などを行うといった対応策が挙げられています。

(2) 食事時間外の誤嚥

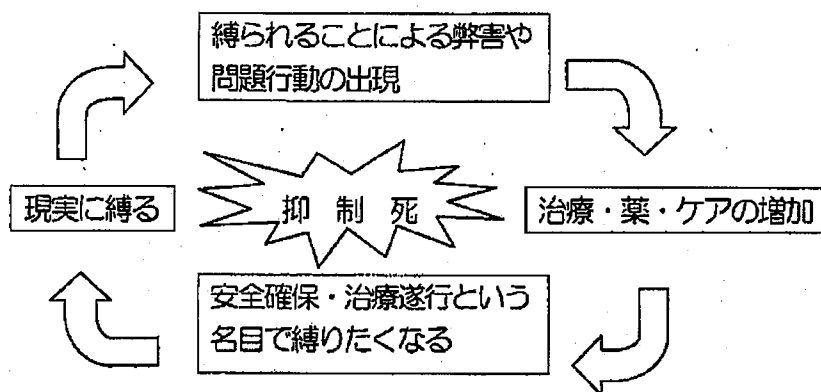
面会者が持参してきたパンやもち菓子を食べてのどを詰まらせたり、隠しもっていたパンを食べて誤嚥するというケースがこの類型に分類できる事例です。また、職員と外出して露店で買った食べ物で誤嚥したというケースもありました。

要因は、職員の注意不足を求める声が多くなっています。また、食事制限を行っている利用者に対し、精神的ケアが十分でなかったという声もありました。

対策としては、発作の既往症のある利用者のチェックや蘇生法の研修、おもちゃを出すときの介助体制の検討などが挙げられています。

抑制死

縛られることでの弊害～人間らしさ(尊厳と誇り)が失われ死に至る～



抑制の弊害

身体的抑制

- ・ 生理機能の低下
- ・ 食欲の低下、脱水、褥瘡、関節の拘縮、全身の筋力の低下、心肺機能の低下、感染症への抵抗力低下 → 慢性抑制死
- ・ 事故など・・・嘔吐物による窒息、抑制帯による事故 → 急性抑制死

精神的抑制

- ・ 痴呆の進行、せん妄の頻発、昼夜逆転
- ・ 利用者の精神的苦痛・・・怒り、不安、恐怖、屈辱、抵抗、拒絶、錯乱、あきらめ、荒廃
- ・ 家族の精神的苦痛・・・怒り、屈辱、混乱、あきらめ、不信、後悔、罪悪感の持続
- ・ 従事者の精神的荒廃・・・虐待、独善、無神経、無感覚、あきらめ、士気の低下

社会的抑制

- ・ 老年期への不安の増大
- ・ 高齢者施設・機関への不信・偏見とバッシング
- ・ 老年看護・ケアへの人材不足、慢性的な人手不足

食事に関する介護マニュアル（臥床状態で自力摂取ができない人の介助）の一例

介助のポイント

- ・利用者の身体状況（咀嚼、消化機能など）や年齢、嗜好を配慮した献立、調理方法にする。
- ・利用者の食べる（飲み込む）ペースにあわせて介助し、誤嚥をさせない。
- ・利用者の意見を聞きながら介助する。
- ・介助者のそぶり、言葉使いに注意する。

準備する物

箸 スプーン フォーク ストロー
 利用者用エプロン（タオル） おしぼり
 枕またはクッション 歯ブラシ
 ガーグルベース
 （看護士などの援助が得られる場合は、吸引器）

介 助 手 順	留 意 事 項
1. 食前の準備	
(1) 排泄又はトイレの有無を確認し、食事をする話を話し了解を得る。	①しっかり覚醒されていることを確認する。
(2) 姿勢を整える	①ギャジベッドの場合、約30° 起こし上半身を挙上する。 ②身体がずれないように膝関節の下に枕（クッション）を入れ下半身を安定させる。 ③頸部を前屈させ誤嚥しにくい姿勢にする。 ④片麻痺のある場合は、麻痺側の肩と上肢の下に枕を差し込み、やや挙上する。
(3) 手、口腔内を清潔にする	①嚥下できない利用者の場合、口腔内の粘りを取り咀嚼しやすくする。 ②義歯使用者は、きちんと装着してあるかどうか確認しておく。
(4) 食事をセットする	①利用者から食事が見える位置にセットする。 ②エプロン（タオル）を使用し、食べこぼしなどによるシーツや衣類の汚染を防ぐ。なお、エプロンを嫌がられる場合もあるため意思を確認する。
2. 摂食の介助	①献立を説明し、食べたい物の希望を聞きながら介助する。判断ができない利用者の場合、一口ずつ嚥下を確かめ、適宜水分を交えながらすすめる。 ②水分、汁物はむせやすいので少しずつ介助する。 ③咀嚼しているときは、誤嚥の危険があるので、返事を求めるような話しかけをしてはならない。 ④のどがゴロゴロいうようであれば中断して様子を見る。 ※ゴロゴロがとれない場合は、誤嚥の危険があるため看護士等に報告する。 ⑤服薬があれば食事の最後に利用者が飲みやすい方法で（オブラートにくるむなど）介助する。 ⑥食事の摂取量を確認しておく。
3. 食後の介助	
(1) 口腔内の清拭	①義歯をはずせる場合は洗い、はずせない場合などは、利用者にあった方法で（含嗽、歯ブラシ等）口腔内をきれいにする。
(2) 安楽な体位にする。	①利用者の楽な体位にして（身体の下に挿入した枕をはずす。ギャジベッドを元の高さに戻す等）休息ができるようにする。

(入浴に関する業務基準の一例)

入浴

入浴による効果と危険性

<効果>

- ①血行が良くなる
- ②爽快感
- ③リラックスできる
- ④清潔の保持
- ⑤職員にとっては全身観察できる

<危険>

- ①転倒
- ②血圧変動
- ③疲労
- ④のぼせ
- ⑤湯冷め
- ⑥火傷
- ⑦弱れる
- ⑧脱水

入浴前準備

確認すること 準備すること	ポイント・留意点
着替えを準備	本人の好みをよく聴く
浴室の環境整備	季節感、色の組み合わせを考慮する 暑さ、寒さに応じたもの ex マヒの程度によっては前開き タオル、アカスリ、バスタオル、石鹸、シャンプー、化粧品 等の確認と準備 その他ドライヤー、ブラシ、シャワーチェア、マット、温度 計、水温計の用意 室温、湯温の確認(浴室、脱衣所の温度差がないようにする) 24℃ 40℃位
身体状況のチェック	前日および夜間の身体状況の把握 顔色、表情その他全身状態の変化の確認 必要があれば検温、血圧測定し、医療との連携 食事摂取の確認、服薬の確認(食事の直後や空腹時、服薬直 後は避ける) 排泄確認、入浴する前にトイレ誘導 バルーンカテーテル、ストマ、褥瘡の処置の確認 入浴後に塗布する軟膏があって依頼されていければ確認

機械浴

準備するもの ストレッチャー(敷くタオルケット、掛け物)、着替え、バスタオル、タオル、アカスリ、ガーゼなど洗うもの、石鹸、シャンプー、リンス、シャンプーハット、ブラシ、ドライヤー、化粧品

手順	ポイント・留意点
入浴することを理解してもらう	入浴することを伝える 本人の意思をきちんと聴く

手順	ポイント・留意点
脱衣所へ移動する	ストレッチャーや車いすから出ている手足をぶつけない ストレッチャーへの移動時、頭や足をぶつけないこと ストレッチャーでの移動は進行方向へ足が向くこと 掛け物をきちんとかける
衣類を脱ぐ	脱ぐことを説明する。いきなり脱がし始めたりしない。 自分でできることはしていただく。 マヒがある場合は健側から脱ぐ介助 脱いだらすぐ体をタオルで覆う 脱いだ衣類はすぐランドリーボックスに入れる。床に置いたりすると気にする。ポケットの中や裏返しになっていないか確認
機械浴用ストレッチャーへ移動	ストレッチャーがぬれていればきちんと拭く。 ストレッチャーのストッパーがかかっているか確認 移動するとき「動きますよ」とまず声をかける 安全ベルトがぬれて冷たいようならタオルをあてるなどする
身体を洗う 湯をかける	声をかけて足（健側）や手（健側）にシャワーをかけ、湯加減を聴く このまま洗うか、湯につかるかを聴く（体調の許す人）
衣類を着る	おむつをつける、パンツをはくなど早く陰部を隠す マヒ側の手などに十分注意
移動用ストレッチャーに移る	ストッパーの確認
髪を乾かす	ドライヤーを近づけすぎたり、温度が高くないように注意。人によってはマッサージをする。
化粧品をつける	希望を聞くこと
居室ベッドに戻る	移動時、手足をぶつけないように注意 湯冷めしないように掛け物に注意
水分補給する	飲み物は数種類用意し、選んでもらうとよい。 全身状態の観察

35

【移乗に関する事故予防】

車いす使用時の基本的な注意点

⇒利用者の手と足がどこにあるのか常に注意する

○マヒ側の足はフットプレートから落ちやすい（足が落ちたまま車いすを操作すると前輪で足を踏くおそれがある）

※車いすを動かし始めるとき、走行中必ず足がフットプレートに乗っていることを確認する。

○肘がアームレストから出ている利用者が多い。そのことを考慮しないと肘を壁や柱の角にぶつける危険性あり

※介助者が片手で利用者の肘をカバーする

※「手は膝の上に乗せましょう」と声をかけ、手を移動する

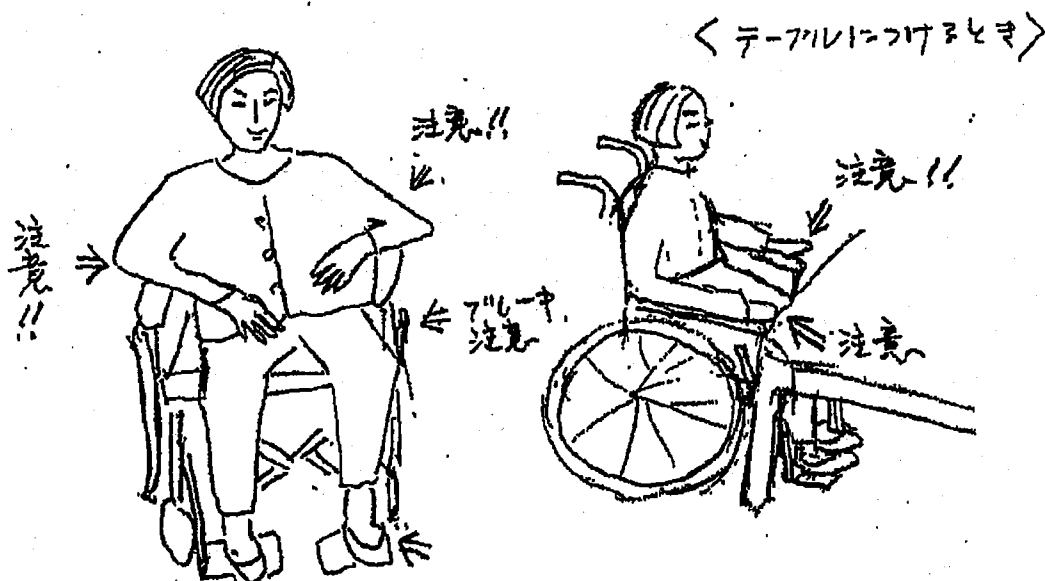
○両手をアームレストに乗せている利用者が多い。テーブルにつけようとするとき、そのことを考慮しないと手をアームレストとテーブルの間に挟んでしまい、怪我をすることあり

※「手は膝の上に乗せましょう」と声をかけ、手を移動する

※手をテーブルの上に乗せる、バンザイしてくださいなどと声をかける

介助者は、車いすのグリップから手を離すとき、必ずブレーキをかける。

（何かのはずみで車いすか動く、痴呆性の利用者に押されるなどして動くことあり）



○福祉サービスにおける危機管理に関する検討会メンバー

(五十音順 ◎：座長)

内 田 千恵子 (東京都介護福祉士会副会長)

門 廣 繁 幸 (全国社会福祉協議会企画部長)

児 玉 安 司 (弁護士、医師、東海大学医学部教授)

財 前 民 男 (社会福祉法人光明会理事長)

高 岡 國 士 (社会福祉法人成光苑理事長)

田 中 とも江 (抑制廃止研究所代表)

◎橋 本 泰 子 (大正大学人間学部人間福祉学科教授)

事 務 連 絡
令和 6 年 3 月 29 日

各都道府県・指定都市・中核市保育主管課
各都道府県・指定都市・中核市児童福祉主管課
各都道府県・指定都市・中核市認定こども園担当課
各都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市
認 可 外 保 育 施 設 担 当 課
各都道府県・指定都市・中核市放課後児童クラブ担当課
各都道府県・指定都市・中核市児童館担当課
各都道府県・指定都市・中核市地域子育て支援拠点事業担当課
各都道府県・指定都市・中核市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）担当課
各都道府県・指定都市・中核市障害児支援主管課
各都道府県・指定都市教育委員会学校安全担当課
各 都 道 府 県 私 立 学 校 主 管 課
附属学校を置く国立大学法人担当課

御中

こども家庭庁成育局安全対策課
こども家庭庁成育局保育政策課
こども家庭庁成育局保育政策課認可外保育施設担当室
こども家庭庁成育局成育基盤企画課
こども家庭庁成育局成育環境課
こども家庭庁支援局障害児支援課
文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課

新年度における教育・保育施設等の事故防止に向けた取組の徹底について

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

新年度となる 4 月は、こどもの新入園や進級、施設・事業所で勤務する職員の
入れ替わりなど、教育・保育施設等において環境が大きく変わる時期であり、重
大事故の発生が特に懸念されます。

教育・保育施設等における事故防止については、「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、以下

「ガイドライン」という。)において、施設・事業者、地方自治体それぞれが取り組むべき事項を示していますので、新たに教育・保育に携わる職員を含めたすべての職員に対して、下記事項を踏まえたガイドラインの周知徹底を図っていただくようお願いします。

特に、重大事故につながりやすい睡眠中のうつぶせ寝や食事時の誤嚥については、ガイドライン本文中の「重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項について」を改めて施設・事業所に周知を図るとともに、各地方自治体においても、必要な取組を行っていただくようお願いします。

なお、令和5年度子ども・子育て支援調査研究事業『教育・保育施設等における「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」等の効果的な周知方策についての調査研究』（以下、「調査研究」という。参考資料参照。）により、ガイドライン等の内容が教育・保育現場で働く職員に浸透するように、有識者からなる事業検討委員会において、現場の意見を聞いた上で、わかりやすい啓発資材（別添）を作成し、現場で活用できる効果的な啓発方策（KYT（危険予知トレーニング））を示しておりますので、自治体・施設等における各種研修等で、幅広く御活用いただきますようお願いいたします。

記

1. 施設・事業者による事故防止のための取組

(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

(ア) 医学的な理由で医師からうつぶせ寝をすすめられている場合以外は、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。

(イ) やわらかい布団やぬいぐるみ等を使用しない。

(ウ) ヒモ、又はヒモ状のもの（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。

(エ) 口の中に異物がないか確認する。

(オ) ミルクや食べたもの等の嘔吐物がないか確認する。

(カ) こどもの数、職員の数に合わせ、定期的にこどもの呼吸・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。

【補足事項】

教育・保育施設等においては、これまでも、睡眠中に、うつぶせ寝の状態で見られる死亡事故が繰り返し発生している。昨年 12 月に発生した乳児の死亡事故も、当該施設においては、乳児を寝かせる場合に、うつぶせ寝のまま寝かせることがあり、仰向けで寝かせるなどの窒息や乳幼児突然死症候群（SIDS）等への配慮が不十分であったこと、また、睡眠中のこどもの顔色や呼吸の状態をきめ細かく観察していなかったことが所轄自治体の立入調査により判明している。

イ 食事中

- (ア) ゆっくり落ち着いて食べることができるようこどもの意志に合ったタイミングで与える。
- (イ) こどもの口に合った量で与える（1回で多くの量を詰めすぎない。）。
- (ウ) 食べ物を飲み込んだことを確認する（口の中に残っていないか注意する。）。
- (エ) 汁物などの水分を適切に与える。
- (オ) 食事の提供中に驚かせない。
- (カ) 食事中に眠くなっていないか注意する。
- (キ) 正しく座っているか注意する。

【補足事項】

教育・保育施設等においては、これまでも、りんごやパン、ぶどうなどによる誤嚥事故が発生している。今年度は、すりおろしたりんごを食べたこどもの事故や、小学校の学校給食において、うずらの卵を喉に詰まらせこどもが窒息する事故が発生している。こどもの年齢月齢によらず、普段食べている食材が窒息につながる可能性があることを認識して、食事の介助及び観察をすること。

りんごは、咀嚼により細かくなったとしても食塊の固さ、切り方によってはつまりやすいため、（離乳食）完了期までは加熱して提供すること。

(2) 職員の資質の向上について

各施設・事業者においては、こ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、すべての職員は、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付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、こどもの発育・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。

【補足事項】

調査研究において実施した職員アンケートの結果、ガイドライン等の注意事項を実践している割合が比較的少なかった、保育補助者や栄養士・調理師、非常勤職員等も含め幅広く活用できる周知方策が期待された。調査研究により作成した啓発資材は現場の意見を取り入れた、わかりやすく短時間でも要領をつかみやすいものであり、また、啓発方策（KYT（危険予知トレーニング））は、役職や勤務形態等を問わず、一人一人が事故予防について考え、発言するなどの手法によるものであり、ガイドライン等の浸透につながることが期待されるので、自治体や施設等で実施する研修などにおいて、積極的に活用されたい。（調査研究参照）

2. 地方自治体による事故防止のための取組

（1）職員の資質の向上について

ア 計画的な研修に係る取組として、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。

イ 研修については、ガイドライン、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、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、各施設・事業者の事故防止の取組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。

ウ 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を行うよう助言・指導する。

エ 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）のほか、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。

【補足事項】

ガイドライン等の浸透に向けた自治体の役割として、例えば、幼稚園と保育所の合同研修など、教育・保育施設等の中で合同研修を開催することで、教育・保育施設に関わるすべての職員に広く学習機会を提供することが考えられる。（調査研究参照）

（2）指導監査等の実施について

ア 事故の発生・再発防止の観点からも、施設監査（児童福祉法の認可権限に基づく指導監査（都道府県、市町村の取組）、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指導監査（都道

府県、指定都市、中核市の取組))、確認監査(子ども・子育て支援法に基づく確認権限による指導監査(市町村の取組))、指導監督(児童福祉法に規定する認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業に対する立入調査等の指導監督(都道府県、指定都市、中核市の取組))を実施することとし、都道府県と市町村は必要に応じて連携して対応する。

イ 施設監査における一般指導監査や指導監督における通常の立入調査は、死亡事故等の重大事故を防止するためにも重要であるという視点から実施する。

ウ 死亡事故等の重大事故が発生した場合又は児童の生命・心身・財産に重大な被害が生じる恐れが認められる場合(こうした恐れにつき通報・苦情・相談等により把握した場合や重大事故が発生する可能性が高いと判断した場合等も含む。)に行われる指導監査等については、事前通告なく行うことについて適切に判断し、重大事故の発生・再発防止に資するよう効果的な運用を行う。

(3) 施設・事業者への周知と取組の推進について

ア 指導監査等のほか、国が発出する事故防止に係る通知等について、各施設・事業者へ周知し、事故発生防止に関する取組を推進する。

イ 施設・事業者に対し、日常的な助言・指導を行うことが効果的な事故の発生防止及び職員の資質向上につながると考えられることから、各施設・事業者の教育・保育等の方針や実施状況、指導監査等の実情も踏まえつつ、事前通告なく訪問し、こどもへの対応の方法、教育・保育の環境の状況、国が発出する事故防止に係る通知等に沿った教育・保育が実施されているかなどについて、巡回指導等を行うことが望ましい。

【補足事項】

自治体は、監査や巡回指導に当たり、補助的な役割を含むすべての職員が事故防止策を実行できるよう指導助言を行うことが期待される。その中で、教育・保育施設等の中でどのような研修が実施されているか確認した上で、補助的な役割の職員等を含むすべての職員が研修に参加できるよう助言することが望ましいと考えられる。(調査研究参照)

【参考資料】

- 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
<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/guideline/>

- 令和5年度子ども・子育て支援調査研究事業『教育・保育施設等における「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」等の効果的な周知方策についての調査研究』

【実施者：PwC コンサルティング合同会社】

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

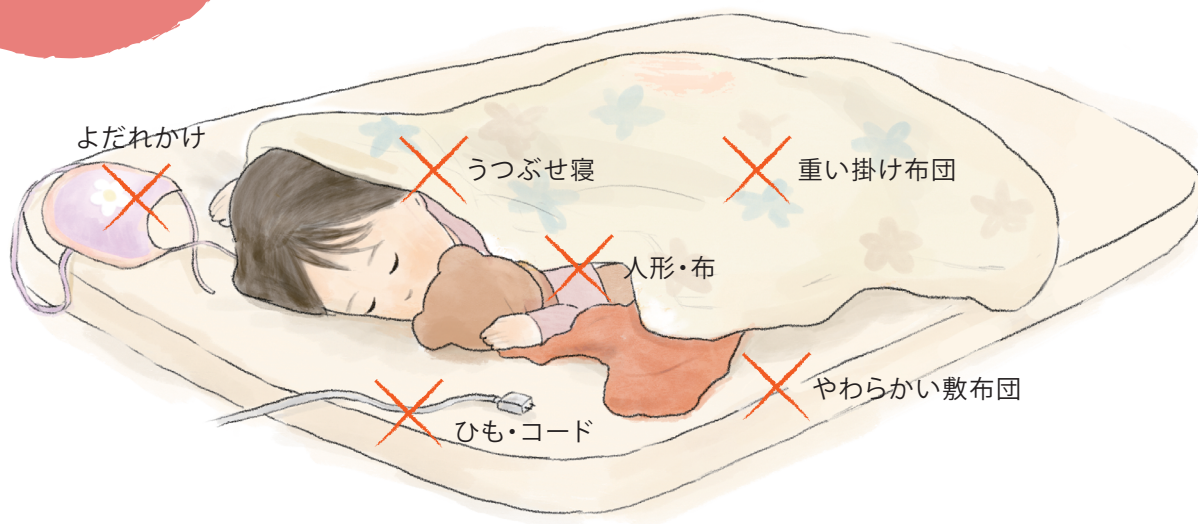
【問合せ先】

- ガイドラインに関すること
こども家庭庁成育局安全対策課事故対策係
[Tel:03-6858-0183](tel:03-6858-0183)
- 保育所及び認定こども園に関すること
こども家庭庁成育局成育基盤企画課企画法令第二係
[Tel:03-6861-0054](tel:03-6861-0054)
- 認可外保育施設に関すること
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
[Tel:03-6858-0133](tel:03-6858-0133)
- 放課後児童クラブ、児童館に関すること
こども家庭庁成育局成育環境課健全育成係
[Tel:03-6861-0303](tel:03-6861-0303)
- 地域子育て支援拠点事業、ファミリー・サポート・センター事業に関すること
こども家庭庁成育局成育環境課子育て支援係
[Tel:03-6861-0519](tel:03-6861-0519)
- 障害児支援事業に関すること
こども家庭庁支援局障害児支援課障害児支援係
[Tel:03-6861-0063](tel:03-6861-0063)
- 幼稚園、特別支援学校及び認定こども園(幼稚園型)に関すること
文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課
安全教育推進室学校安全係
[Tel:03-6734-2966](tel:03-6734-2966)

ねる

ときにきをつけること

こどもの 重大な事故を防ぐための ポイント ねる・たべる・みずあそび



① 乳児の睡眠中は次のことに気をつけましょう

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

② 乳児の様子を確認しましょう

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

ねるときにひそむリスク

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



たべる

ときにきをつけること

過去に事故が発生した食材



ナッツ・豆類



白玉団子



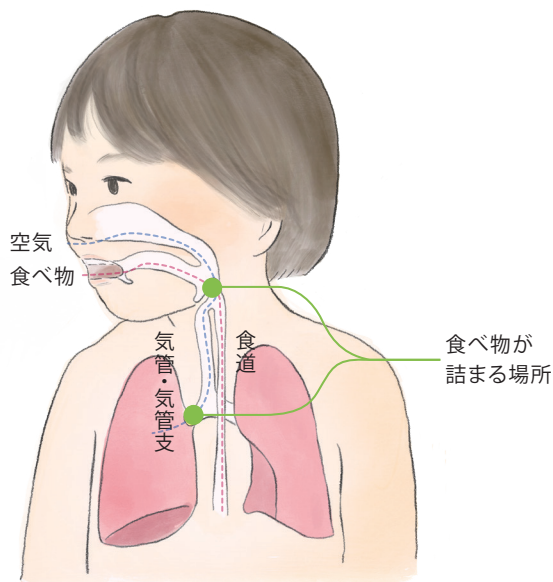
ミニトマト



りんご

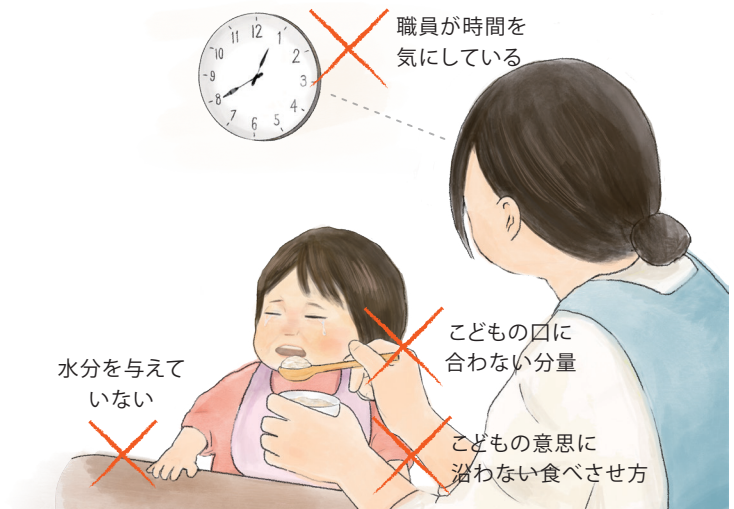
① 食材については次のことに気を付けましょう

- こどもの年齢月齢によらず、普段食べている食材が窒息につながる可能性があることを認識する
- 球形・かたい・粘着性が高いといった形状や性質の食べ物は避ける（過去に事故が発生した食材の例：ナッツ・豆類（ピーナッツなど）、ミニトマト（ブチトマト）、白玉団子、ぶどうなど）
- りんごなども基本的に使用を避け、どうしても食べさせる場合は、離乳食完了期までは加熱して与える…過去に事故が発生しており、かむことで細かくなったとしてもかたさ、切り方によってはつまりやすい



こどもの 重大な事故を防ぐための ポイント ねる・たべる・みずあそび

教育・保育施設等の職員向け



② 食事の与え方・介助の仕方に配慮しましょう

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

③ こどもの様子を共有・観察しましょう

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

たべるときにひそむリスク

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

みずあそび

のときにきをつけること

こどもの 重大な事故を防ぐための ポイント ねる・たべる・みずあそび

教育・保育施設等の職員向け

監視に専念していない

監視者・指導者を分けて配置していない

① 監視体制を確保しましょう

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



目立つ色の帽子
ビブスを着用

監視者は監視に専念

② 監視者は監視に専念し、 こどもから目を離さないようにしましょう

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

みずあそびのときにひそむリスク

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

応急処置

こどもの 重大な事故を防ぐための ポイント ねる・たべる・みずあそび

教育・保育施設等の職員向け

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

心肺蘇生法 胸骨圧迫(心臓マッサージ)



強さ 胸の厚さが3分の1くらい沈む強さ

速さ 1分間に100～120回

幼児 胸骨の下部分を、手のひらの根元で押す

乳児 左右の乳頭を結んだ線の中央で少し足側を、指2本で押す

背部叩打法



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

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

胸部突き上げ法



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

腹部突き上げ法



後ろから両腕を回し、みぞおちの下で片方の手を握り拳にして、腹部を上方へ圧迫
(※幼児のみ、乳児は除く)

参考資料



こども家庭庁
教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン
教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議 年次報告
<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/guideline/>



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



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



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



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



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

監修

令和5年度子ども・子育て支援調査研究事業「教育・保育施設等における『教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン』等の効果的な周知方策についての調査研究事業」検討委員会

事 務 連 絡

令和4年5月16日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管課(室) 御中
中 核 市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

「障害福祉の現場におけるハラスメント対策マニュアル等」について

障害福祉行政の推進につきましては、日頃よりご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、令和3年度障害者総合福祉推進事業（障害福祉の現場におけるハラスメントに関する調査研究（実施団体：MS&ADインターリスク総研株式会社））において、有識者で構成される検討委員会での議論を踏まえ、標記の障害福祉サービス等事業者向けのマニュアル等が作成されました。

各都道府県等におかれましては、本マニュアル等について、貴管内の障害福祉サービス等事業者、市町村、関係団体、関係機関等に対して周知いただくなど、障害福祉サービス等事業者において、障害福祉の現場におけるハラスメント対策が進むようご協力をお願いいたします。

なお、本調査研究事業の報告書は以下の実施団体のウェブサイト及び厚生労働省ホームページに掲載されておりますので、あわせてご参照下さい。

<実施団体>

<https://www.irric.co.jp/reason/research/index.php>

<厚生労働省ホームページ>

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070789_00012.html

【担当】

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部障害福祉課評価・基準係

TEL：03-5253-1111（内線 3036）

障害福祉サービス等事業者向け

職員を利用者・家族等による ハラスメントから守るために

令和4年3月

目次

はじめに	2
I. なぜ利用者や家族等によるハラスメント対応の整備が求められるのか	4
(1) 利用者や家族等によるハラスメントとはどのような行為を指すのか	4
(2) 障害福祉サービス等事業者がハラスメントに対応することの意味	5
(3) ハラスメントの相談や報告がないのは良いことか	5
II. 受付から対応までの流れ～職員全員が理解しておくこと	8
(1) ハラスメント対応の仕組みをつくり、周知する	8
(2) 相談を受け付ける	10
(3) 相談受付後の対応	12
(4) 解決に向けた対応	12
(5) 対応後に実施すること	13
III. 相談受付担当者の役割	14
(1) 相談受付担当者の役割	14
(2) 受付時の望ましい態度	14
(3) 受付時に留意すべきこと	14
(4) 匿名での相談受付	15
(5) 受付対応の記録	15
IV. 解決責任者の役割	16
(1) 解決責任者に求められること	16
(2) 解決責任者として望ましい態度	16
(3) 対応時に留意すべきこと	16
V. 事業者内での協議の役割	18
(1) 事業所内での協議に求められること	18
(2) 協議を進める上で留意すべきこと	18
VI. 第三者委員、関係機関との連携	19
(1) 第三者委員、関係機関へ期待すること	19
(2) 平時から連携を密にする	19
VII. 分析と改善～ハラスメント対応を再発防止につなげる	20
(1) 要因の分析と改善に向けた取組み	20
(2) 新たなハラスメントを発生させないために	20
(3) 解決困難なケースの捉え方	21
VIII. ハラスメント対応事例	23
IX. 参考資料	28

はじめに

令和元年6月5日に女性の職業生活における活躍の推進等に関する法律等の一部を改正する法律が公布され、労働施策総合推進法等が改正されました。これを踏まえ、令和2年1月に「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」（令和2年厚生労働省告示第5号）が策定され、顧客等からの著しい迷惑行為（暴行、脅迫、ひどい暴言、著しく不当な要求等）に関し、事業者は相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備や被害者への配慮に取組むことが望ましいこと、被害を防止するためのマニュアル作成や研修の実施等が有効である旨が示されました。人材確保や定着のため、職員が安心して働くことのできる職場環境・労働環境の整備という観点からも各事業者がこうした取組みに着手していくことは重要なことといえます。

こうした時代の要請に応え、障害福祉の現場における利用者や家族等によるハラスメントの実態を把握し、事業者として取組むべき対策などを示すことを目的に、令和3年度障害者総合福祉推進事業「障害福祉の現場におけるハラスメントに関する調査研究」を実施しました（調査概要は下記のとおり）。

障害福祉等サービスにおける利用者や家族等によるハラスメントへの対応は、サービスを継続するための人材の確保や定着を図るだけにとどまらず、発生の背景要因を分析することで、人材育成やサービスの質の向上、虐待防止に繋がるなど様々な意味を持ちます。

事業者の皆様にご利用者や家族等によるハラスメント対応の重要性をご理解いただき、体制整備や取組みを行っていただくことを目的として本マニュアルを作成しました。多くの事業者には職員が安心して働ける職場づくりのために本マニュアルを活用いただくことを願っています。

■事業者アンケート調査実施概要

調査方法：専用のWebサイトから回答（回答URLなど依頼状を郵送）

実施期間：2021年8月23日～9月17日

※締切りまでに回答の無かった事業者には、再度回答を依頼した

調査対象：全国の障害福祉サービス等施設・事業所

（障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく29のサービス）

発送件数：5,294件

回収数：527件（9.9%）

※対象事業者の抽出について

調査対象事業者のリストは、障害福祉サービス等情報検索ウェブサイトを基に作成。

（URL：<https://www.wam.go.jp/sfkohyooout/COP000100E0000.do>）

調査対象サービスごとに、層化無作為抽出法により、3.2%～全数で抽出

■職員アンケート調査実施概要

調査方法：事業者アンケートと同封して郵送、管理者などを介して職員へ回答を依頼

実施期間：2021年8月23日～9月17日

調査対象：事業者アンケート発送先施設・事業所に勤務する職員

サンプル数：1,509件

■事業者へのヒアリング調査実施概要

調査方法：訪問あるいはWebによる聞き取り

実施期間：2021年11月17日～11月29日

調査対象：本事業の検討委員及び事業者アンケートより抽出

【本マニュアルの使い方】

本マニュアルは以下のような使い方を想定しています。

- 事業者が利用者・家族等からのハラスメントに関して、対策を講じるための参考資料とする
- 事業者が各施設・事業所の管理者やハラスメント相談受付担当者（以下、管理者等）に対して、ハラスメントの防止や発生した際の対応についての研修等を行うための基礎資料として用いる

【職員向けリーフレットについて】

本マニュアルの作成に併せて、職員向けにもハラスメントに関する基本的な知識や対応を整理したリーフレットを作成しました。職員が安心して働ける職場づくりのため、事業者から職員へ配布いただき、朝礼などでの読み合わせや職員研修の参考資料にするなどぜひ活用ください。

I. なぜ利用者や家族等によるハラスメント対応の整備が求められるのか

(1) 利用者や家族等によるハラスメントとはどのような行為を指すのか

利用者や家族等によるハラスメントは次のように整理されます（以下、本マニュアルでは、利用者・家族等から示される次のような行為を「ハラスメント」という用語で表現します）。

1. 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

例)

- 身体的暴力を振るわれた、振るわれそうになった
(つねられる、ひっかかれる、たたかれる、蹴られる、など)
- 唾を吐きかけられた、吐きかけられるようなことがあった
- コップ等の物を投げつけられた、投げつけられるようなことがあった
- 物を破壊する、攻撃されるなど、恐怖を感じる行為をされた

2. 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

例)

- 攻撃的な態度で大声を出された
- 他者を引き合いに出し、過大なサービスなどを繰り返し要求された
- 契約や制度上、提供できないサービスを繰り返し要求された
- 人格や能力を否定する発言をされた
- 脅迫する発言を受けた

3. セクシュアルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的いやがらせ行為。

例)

- サービス提供時、不必要に身体に接触された、接触されるようなことがあった
(手を握られる、抱きしめられる、など)
- 性的な発言をされた、繰り返し言われるようなことがあった
- 性的な関係を迫られた
- 食事やデートに執拗に誘われた
- アダルトビデオを流す、あるいはヌードの写真が見られるように置かれた

出典：株式会社三菱総合研究所「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」（2019年、3頁）をMS&ADインターリスク総研株式会社に一部編集

（２）障害福祉サービス等事業者がハラスメントに対応することの意味

ハラスメントについて適切な相談体制を整備するためには、その重要性を理解することが大切です。

「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」（令和２年厚生労働省告示第５号）では、顧客等からの著しい迷惑行為によって、職員が就業環境を害されることのないよう、体制整備や被害者への配慮、マニュアルの作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じて取組むことが望ましいと示しています。

また、事業者には「安全配慮義務」の観点からもこれらの取組みに積極的に対応することが期待されています。安全配慮義務とは、「職員が安全かつ健康に働けるように使用者（事業者、管理者）が配慮する」ことです。この義務を果たしていない場合、民事訴訟の対象となる可能性があり、経営上のリスクとなります。

障害福祉サービスにおけるハラスメントへの対応は、サービスを継続するための人材の確保や定着を図るだけにとどまらず、発生の背景要因を分析すると様々な意味を持ちます。例えば、利用者・家族等が事業者への不満や不信を感じたことで感情的に発生するものや、利用者の心身の状況と職員の支援方法とのミスマッチによって発生するもの等が考えられ、対応を通じてサービスの質の向上や利用者の状態に合った支援方法の検討にもつながります。一方で、事業者がハラスメントに適切に対応せず、職員が不満や精神的ストレスを抱えこむと、利用者への報復（虐待）につながってしまう可能性もあります。

（３）ハラスメントの相談や報告がないのは良いことか

職員からハラスメントに関する相談や報告がないことは、一概に良いこととは言えません。実際に、職員向けのアンケートでは全体の２割～４割が「利用者や家族等からハラスメントを受けたことがある」と回答し（図１）、その半数程度が「誰にも相談しなかった」「内容によって相談しなかった」という結果が出ています（図２）。

相談しなかった理由として、「相談しても解決しなかったから」「利用者・家族等の障害や病気によるものであったから」「利用者・家族等の性格又は生活歴によるものであったから」が上位です（図３）。

アンケートではハラスメントを受けたことのある職員の４割以上が「仕事を辞めたいと思ったことがある」とも回答しています（図４）。

職員が管理者等にハラスメントを受けたことを申し出るのは抵抗感を抱くことがあります。「申し出ることによって自身の能力が低いと思われたり、評価を下げられたりするのではないか」などの不安があるためです。事業者はこの気持ちを汲み取り、相談することで不利益を被ることがないことを明確に示して、不安なく気軽に相談できる体制を整備するよう努めなければなりません。

図1：ハラスメントを受けたことのある職員の割合（n = 1,509）

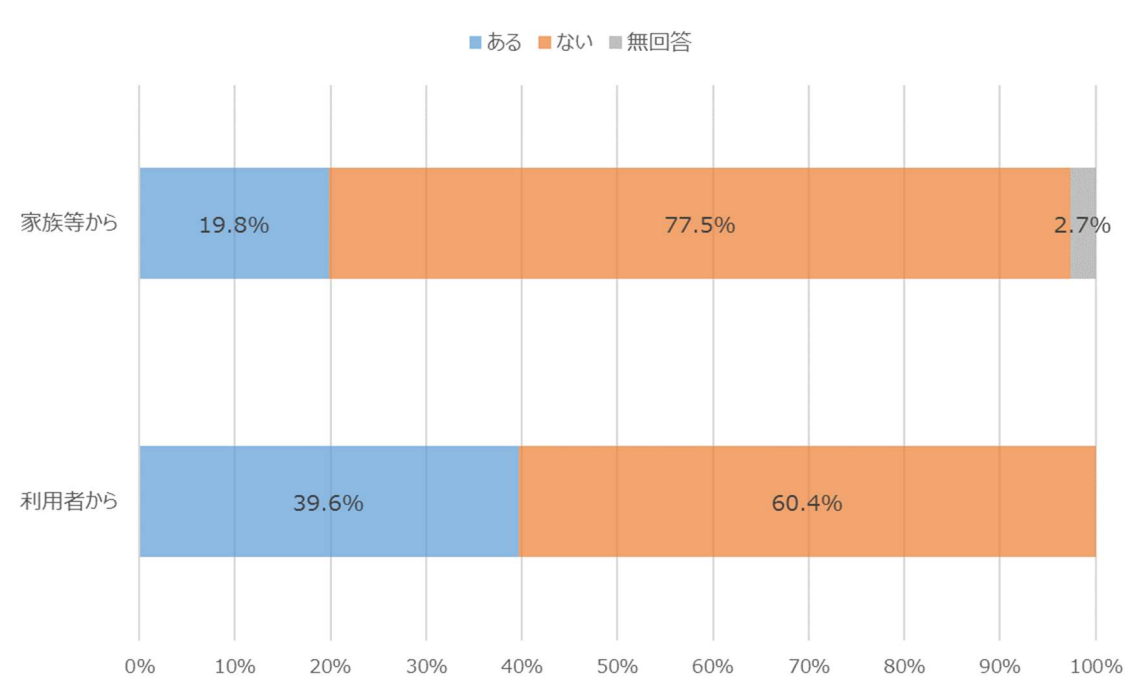


図2：利用者・家族等からハラスメントを受けた際の相談状況（n = 299）

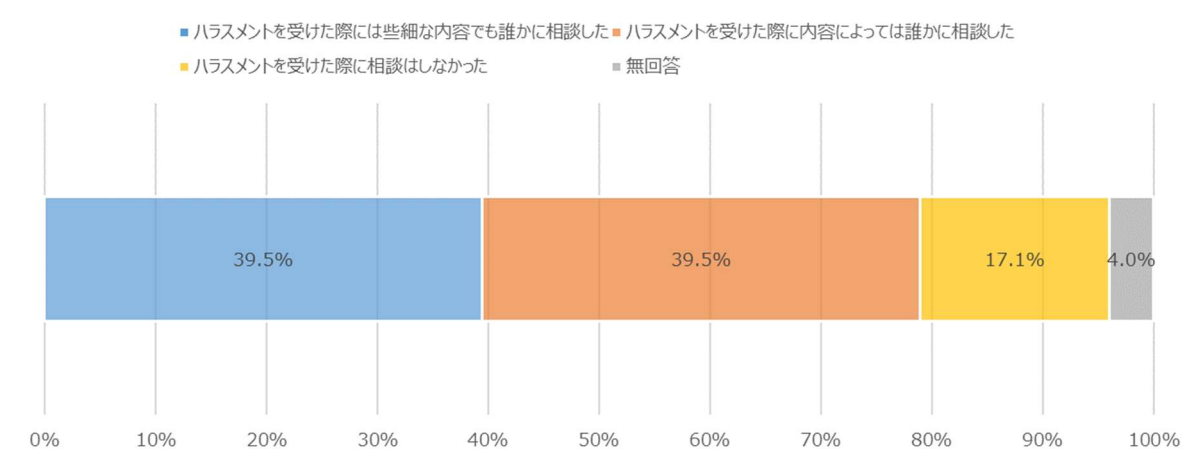


図 3 : 相談しなかった理由【複数回答】
(相談しなかった人、内容によっては相談した人が回答)

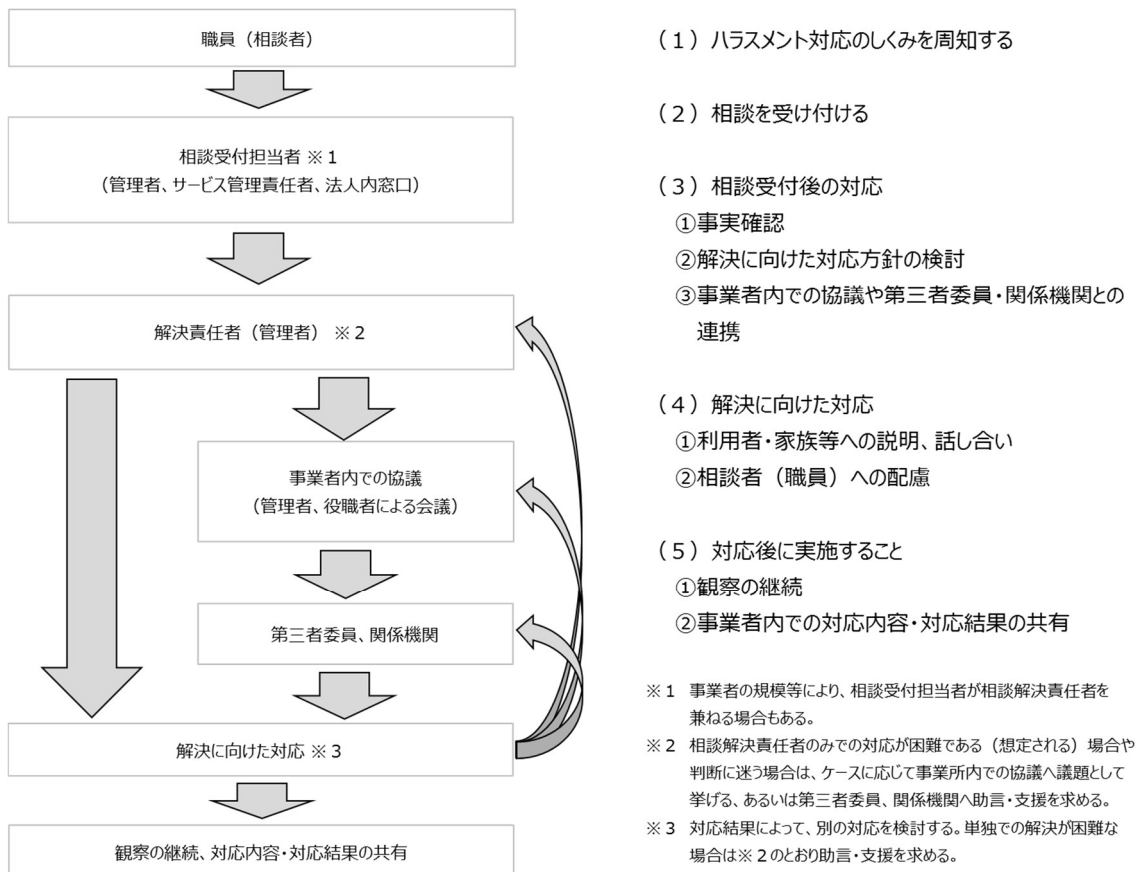
調査数	相談しても解決しない と思ったから	誰に相談すればよいか 分からなかったから	相談したことが本人に わかってしまった後が 怖いと思ったから	問題が大きくなると面 倒だと思ったから	相手のことを考えたか ら	利用者・家族等の障 害や病気によるもので あったから	利用者・家族等の性 格又は生活歴による ものであったから	自分自身でうまく対 応できていたから	相談しても自分自身 が否定されと思ったか ら	その他
169	49.1%	10.1%	10.1%	25.4%	10.1%	33.1%	34.9%	17.8%	11.8%	5.9%

図 4 : 利用者・家族等からハラスメントを受けたことによる影響【複数回答】
(利用者・家族等からハラスメントを受けたことのある人が回答)

調査数	仕事を辞めたいと 思ったことがある	いずれもない	ケガや病気(精神的なものも含む) になったことがある	休んだことがある	実際に仕事を 辞めたことがある	その他
299	44.8%	34.8%	11.0%	8.4%	1.7%	6.4%

Ⅱ．受付から対応までの流れ～職員全員が理解しておくこと

ハラスメントに適切に対応するためには、職員からの相談受付から対応までの仕組みをつくる必要があります。職場全体でハラスメントを見逃さず、その解消に向けて組織的に対応するためです。仕組みとは、ハラスメントに関する相談対応体制やマニュアルを整備することであり、職員全体でその流れを理解しておくことが重要です。



出典：社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会「福祉サービス事業者のための苦情対応マニュアル」（3 頁）を参考に MS&AD インターリスク総研株式会社にて作成

図 5：ハラスメントに関する相談対応の流れ

（１）ハラスメント対応の仕組みをつくり、周知する

事業者としてハラスメントに対応するための仕組みをつくり、職員へ周知します。周知する際には、ハラスメントについて安心して相談できることや、相談窓口とその連絡先などについて、書面でわかりやすく案内します。ハラスメント発生を早期に把握し、職員に配慮しながら対応できる仕組みをつくる上では、次のような取り組みがあります。

ハラスメント発生を早期に把握し、対応するための取組み例

●ハラスメント対応に関する方針や相談対応の体制・フローの周知

ハラスメントを見過ごさないといった方針や相談対応の体制・フローが明示されることで、職員にも「相談していいんだ」との安心感を与られます。

●安心して相談できる窓口の設置（事業者内・事業者外）

窓口は「男女でそれぞれ同性の窓口担当者を設ける」「弁護士など外部の専門家に委託する」などして、相談に対する心理的ハードルを下げて、実効性のある仕組みにすることが重要です。

●定期的な職員との面談機会での聞き取り（人事考課の面談などの活用）

1対1でプライバシーを保護しながら話せる環境のため、不安や恐れなどを抱くことなく、安心して話をすることができます。本人が体験したことや思いなどを聞き出すためには、管理者等と職員の信頼関係が重要なため、他取組みを通じて安心して相談できる職場の雰囲気をつくっていきましょう。

●職員アンケートの実施

事業者として全職員を対象に業務への不安や恐れ等を拾い上げるアンケートを実施することも有効です。業務がうまくこなせないことが、ハラスメント発生の原因となることも想定されるからです。実効性を持たせるためには、アンケートの提出先や匿名性に配慮して記入しやすくする、アンケートで把握した問題には必ず何らかの形で回答するといった工夫が必要です。

●管理者による現場巡回

管理者自らが現場の様子を把握することで、ハラスメントに繋がる異変を早期に発見したり、報告・相談しやすい職場の雰囲気をつくったりできます。

●日々の支援記録などから気になる記載について職員への聞き取り

管理者は日々挙がってくる支援記録などからも異変を察知するよう努めます。記録に書かれたことの背景も想像しながら、気になる点は職員に直接確認するなどの積極的な対応が重要です。

●虐待防止のために実施する業務の振り返りやセルフチェックの活用

ハラスメント発生の要因として、職員の関わり方や支援方法が利用者に合っていないことも考えられ

ます。虐待防止のために実施する振り返りやセルフチェックでは、ハラスメント防止の観点でも記載内容を確認します。

（２）相談を受け付ける

職員から相談があったときは、まずは相談受付担当者が職員の受けた行為の内容などを聞き取ります。相談を受ける際は、職員の心情に配慮しながら話をじっくり聴きます。内容によって職員へ支援に関する助言など言いたいことがあったとしても、職員が一旦話し終えるまではさえぎらずに耳を傾けましょう。

相談者の意向や要望を確認し、必ず記録します。聞き取りにあたって、抜け漏れがないように次ページのような受付票（図６）などの書式を準備しておきます。

相談受付票にもあるように、受け付けた相談内容は相談者のプライバシーを保護するため、本人の了解なしには相談受付担当者以外に共有しないことが重要です。併せて、相談したことによって人事考課などで不利益な取扱いを行わない旨を伝え、安心して話してもらえるようにします。

職員が安心して相談できるような工夫も必要です。例えば、セクシュアルハラスメント等のケースでは、相談受付担当者が異性だと相談しにくい場合があります。事業者としてこのような場合にも配慮して、相談受付担当者は男女各１名ずつ設置するなどします。

管理者でなく、事業者で設置した相談窓口で受け付けた場合は、相談者の意向や相談の内容を踏まえ、組織としてこの後どのように進めていくかを決めておくことも必要です。

相談日時	年 月 日 () : ~ :	
受付対応者	氏名 :	
相談者 ※匿名での相談可	氏名 : ☐ 匿名	所属 : ----- 連絡先 :
相談者への説明事項	☐ 相談者の許可無しに、聞き取った事実を行為者や同僚、外部機関等へ共有しないこと ☐ 相談によって人事評価等での不利益な取り扱いをしないこと ☐ 事実確認のため、相談内容を記録すること	
行為者	氏名 :	相談者との関係 :
行為概要	・何があったか？（いつ、どこで、どのように）	
相談者の心身の状況	・どのような影響があったか？（不眠、食欲がわからない、仕事をしたくないなど）	
相談者の現在の要望	☐ 話を聴いてほしい ☐ 行為があったことを知っておいてほしい ☐ 支援にあたる職員を増やしてほしい（支援時に同行してほしい） ☐ 行為者に注意・警告してほしい ☐ 行為者と一時的に距離を置きたい ☐ 行為者とは今後できるだけ関わらないようにしたい ☐ その他 ()	
相談者への確認事項	☐ 必要に応じて行為者や同僚等への事実確認を行ってよい？ ☐ 対応を検討する際に相談支援事業所などと本事実を共有してよい？	
対応経過 ※必要に応じて行を追加	月 日	
	月 日	
	月 日	

図 6：利用者・家族等対応に関する相談受付票の例

（３）相談受付後の対応

①事実確認

相談受付担当者による相談者からの聞き取りを終えたら、利用者の支援記録や家族等の情報を整理した関係書類などを確認します。

相談者の意向や相談内容に応じて、利用者・家族等にも当時の状況や行為に至った要因など聞き取りを行います。

聞き取りを行おうとしても、相談者が精神的なショックでうまく状況を説明できなかったり、利用者・家族等も感情的になって落ち着いて話すことが難しかったりする等、うまく事実を確認できない場合があります。この場合は、相談者の了解を得て、現場にいた他職員や目撃者などの第三者にも聞き取りを行います。第三者に聞き取りをする際には、相談者の情報などについて守秘義務があることを十分に理解してもらい、事実確認を行う人数はできる限り絞りましょう。

②解決に向けた対応の検討

事実確認ができれば、事業者としての対応を検討します。相談者の意向によりますが、まずは原則として相談受付以降は相談者が行為者と距離を置けるよう配慮します。小規模事業者や勤務形態などの事情によってその対応が難しい場合は、複数名で対応できるよう調整を行い、相談者と行為者が１対１となる状況を作らないようにします。

確認した事実に基づいて、行為者と共有すべき問題（課題）や事業者からハラスメントの再発防止のために行方者へ申し入れることを整理します。

障害福祉サービス等では、利用者・家族等の心身の状況に対する職員の知識やスキルが不足していたことで、ハラスメントが発生することもあります。この場合には、職員へ利用者・家族等の特性に対する知識や具体的な対応の教育を行うとともに、職員が可能な支援やコミュニケーションでの工夫について意見を出し合うなどします。

③事業者内での協議や第三者委員・関係機関との連携

ケースによって解決責任者であっても判断が困難なことや打てる手立てが限られてしまうことがあります。その場合は解決責任者であっても抱え込まずに、事業者内の役職者会議などへ議題として提示し、事業者全体で対応の検討を行います。客観的・中立的立場からの助言や介入が求められる場合は、第三者委員や相談支援事業所、行政などの関係機関に相談しましょう。ただし、事実を共有する上では、相談者のプライバシーに配慮して、本人から了解を得ることを忘れないよう留意してください。

（４）解決に向けた対応

①利用者・家族等への説明、話し合い

事実確認した結果や、事業者内で検討した対応策などについて、利用者・家族等へ説明します。必

要に応じて第三者委員や相談支援事業所、行政の担当ケースワーカーなどの関係機関に立ち会ってもらい、落ち着いた状態で利用者・家族等と話し合います。

②職員への配慮

ハラスメントを受けた職員に対しても、事業者として配慮が必要です。原則として、行為者と物理的な距離が取れるようにシフト調整や勤務する部署や施設・事業所の変更を検討します。支援を複数名のチームで行うようにして、相談者と行為者が1対1とならないようにすることも有効です。職員の意向によって、確認した事実や利用者・家族等の心身の状況などを考慮し、職員の取るべき対応について管理者等から助言や支援を行います。

（５）対応後に実施すること

①観察の継続

受け付けた相談へ一度対応すれば、ハラスメント対応が完了するとは限りません。利用者・家族等の心身の状況変化や行為につながってしまった支援を繰り返してしまう等により、新たなハラスメントが発生したり、再発したりする可能性があります。

管理者は自ら現場を巡回することや日々の記録を注視する等して、職員や利用者の普段の様子を把握し、異変に早く気づけるようにします。

②事業者内、職場内での対応内容・対応結果の共有

同じことを起こさないためには、職員の同意を得る等プライバシーに配慮しながら、事業者内、職場内で共有し、ハラスメントがなぜ発生してしまったかを分析し、再発防止に努めることが大切です。

Ⅲ．相談受付担当者の役割

（１）相談受付担当者の役割

職員からの相談受付は事業規模などによって、施設長・所長など管理者、サービス管理責任者など現場のリーダー、事業者の本部に設置した窓口担当者が対応すると想定されます。相談受付担当者の役割は、相談への１次対応者として非常に重要です。相談内容やその後の対応に関する意向を確認して記録すること、自身が責任者として、あるいは、事業者内で設けた窓口の受付担当者であれば解決にあたる責任者へ報告して解決をはかること、受け付けた相談への対応について相談者と調整する役割があります。

相談受付担当者の主な役割

- ①職員から相談を受け付ける
- ②相談したことによって、不利益な取り扱いは受けないことや対応にあたってプライバシーに配慮することを説明する
- ③相談の内容を確認する
- ④今後の対応について相談者の要望を確認する
- ⑤（相談受付担当者と解決責任者が異なる場合）解決責任者へ報告する

（２）受付時の望ましい態度

相談を受け付ける際には、事務的に受け付けるのではなく、話に対して相槌を打ちながら共感するなどして相談者としっかりコミュニケーションを取るように意識します。

相談の内容を正確に把握できるよう聞き方に気をつけます。この段階で「職員の対応がまずかったのではないか」と疑ったり、事業者・管理者側に都合の良いように誘導したりすることがないように留めます。相談者が相談してきた事柄に対して、我慢するように指示したり、軽んじるような態度を示したりした場合は、相談受付担当者から職員へのハラスメントになりかねません。十分注意して対応しましょう。

（３）受付時に留意すべきこと

まず、相談者が何を訴えているのか、何を求めているのかを把握します。相談者は明確に受けた行為のみを訴えてくれるだけでなく、その時の感情や不安などと絡めて様々な情報を順不同に話すことがあります。相談受付担当者はその気持ちに寄り添いつつも、この後に必要な内容を５Ｗ１Ｈなどの枠組みに沿っ

て聞き取る必要があります（P. 10の受付票を参照）。

ハラスメントを受けたことを申し出るのは本人にとって非常に勇気がいることです。「申し出ること自身の能力が低いと思われたり、評価を下げられたりするのではないか」「報告したことで大事になるのではないかと不安に思うためです。相談受付担当者はこのような心情も理解しながら、解決に向けて迅速に対応し、そのまま放置しないといった誠実な対応を心がけます。

相談受付は職員のプライバシーに十分に配慮し、聞き取りを行う際は個室で行うなど工夫します。

（４）匿名での相談受付

相談者の中には、不当な対応をされること等を心配して匿名を希望する場合があります。その場合でも担当者は対応することが原則です。

匿名での相談を受け付けた際は、内容を把握したうえで可能な範囲で名前や連絡先を教えてほしいことを伝えます。相談内容によっては、匿名のままでの対応が難しいことや、事業者として検討した対応やその結果を伝えたいことなどを説明します。

（５）受付対応の記録

相談内容や対応の経過は必ず記録に残し、対応完了後に事業者内で共有して、再発防止を検討する際の基礎資料として活用できるようにします。

ケースによって、相談支援事業所や行政のケースワーカー等の関係機関と連携する際にも、正確な記録があるとスムーズに進めることができます。

IV. 解決責任者の役割

（１）解決責任者に求められること

解決責任者は施設長・所長などの管理者が担当します。求められる役割は、相談された内容について必要に応じて第三者委員など外部とも連携しながら、事業者の責任者として解決にあたることです。

解決責任者は、相談内容や行為者である利用者・家族等の心身の状況などを総合的に判断して、第一には「何が問題（課題）であるかを共有し、話し合いで解決する（利用者・家族等へ説明して、理解いただいた上で解決に導くこと）」ことを目指します。併せて、ハラスメントを受けた職員の心情を理解し、意向を把握しながら今後も業務を続けていくための支援を検討します。

解決責任者の主な役割

- ①相談内容や利用者・家族等の心身の状況などを踏まえた対応方針の検討・判断
- ②利用者・家族等へ説明すること、話し合うことの整理
- ③ハラスメントを受けた職員への配慮（シフト調整、配置の変更など）
- ④ケースに応じて、事業所内の協議に挙げるかの判断
- ⑤ケースに応じて、第三者委員や相談支援事業所等の関係機関との連携の検討
- ⑥対応後の職員・利用者の継続した観察、状況把握
- ⑦プライバシーに配慮した職場内での対応内容・対応結果の共有

（２）解決責任者として望ましい態度

解決責任者は相談された内容について、客観的かつ公平な視点で解決に向けた対応を検討することが必要です。「職員の支援スキルが低いから」「支援ではよくあることで大げさだ」など、ハラスメントが発生した原因は職員個人にあると決めつけて対応してしまうと、問題点が明らかにならないばかりか、職員に対するセカンドハラスメント（２次被害）になる可能性もあります。

行為者となった利用者・家族等、相談者である職員の双方の尊厳を守るため、事実確認や解決に向けた対応に事業者の代表として、誠実に取組むことが重要です。

（３）対応時に留意すべきこと

解決責任者自身で実行できる対応に限界がある、利用者・家族等の心身の状況や要望によって話

し合いの場の設定が難しい等で解決が困難なケースが考えられます。このような場合は、解決責任者であっても問題を抱え込まずに、事業者内の協議へ挙げることや外部へ相談することを検討しましょう。その際には、相談者へ解決責任者単独での対応が困難なことを説明した上で、情報を共有することへの了解を取り付けることを忘れないようにします。

V. 事業者内での協議の役割

(1) 事業所内での協議に求められること

ハラスメント対応の状況によっては、解決責任者であっても判断が困難なことや、外部との連携が必要な場合など、施設・事業所単独では解決できないことがあります。

その場合は、事業者内の役職者会議やハラスメント対応の役割を持つ委員会へ議題として挙げて、法人本部や他施設・事業所を巻き込んだ事業者全体で解決に向けた対応を検討します。

この協議体は必ずしもハラスメント対応のために新たに整える必要はなく、苦情解決や虐待防止、新たに法定化された職員間のハラスメントに対応する委員会などが役割の1つとして担うことで、事務的な負担を軽減できます。

事業者内での協議の主な役割

- ①解決責任者単独での解決が困難なケースへの対応検討
- ②解決責任者の実施した対応について、妥当性などの判断
- ③解決に向けた施設・事業所間の調整
- ④対応結果・対応内容の事業者全体への共有

(2) 協議を進める上で留意すべきこと

事業者内での協議にあたっては、法人本部や他施設・事業所の出席者が正確に事実や現状を把握できるように、事案に対応している解決責任者は必要な情報や記録を示して説明する必要があります。スムーズな共有・検討のために対応経過などをしっかり記録しておきましょう。

Ⅵ. 第三者委員、関係機関との連携

（１）第三者委員、関係機関へ期待すること

第三者委員や相談支援事業所、行政等の関係機関には、利用者・家族等と事業者との間で、客観的かつ公平な立場での事実確認や対応への助言、仲介などの支援が期待されます。

第三者委員、関係機関に期待される主な役割

- ①聞き取りや解決に向けた話し合いなどへの同席
- ②行為に繋がった背景要因の分析への助言
- ③対応への助言
- ④利用者・家族等と事業者との仲介（ケースによって代理しての聞き取り対応など）
- ⑤日常的な事業者への助言
- ⑥日常的な利用者・家族等の状況把握と意見聴取

（２）平時から連携を密にする

発生した利用者・家族等のハラスメントについて、外部機関に相談したり、支援を求めたりすることに抵抗のある方もいるかもしれません。事業者の中で解決できることが望ましいですが、一方で行為に繋がった要因の分析や自分たちの対応に気づかないうちに偏りが出てしまい、利用者・家族等と職員のどちらかへの配慮が足りなくなる可能性もあります。自施設・事業所のサービスの質の向上や職員の安全・安心の確保にも繋がるため、関わってもらうようにしましょう。

発生してから連携をしようとすると、情報の共有や対応の協議をスムーズにはできないため、苦情解決の検討委員会などとハラスメント防止・対応の協議を一体的に運営する等して役割を意識してもらい、日ごろから相談できる関係性を作っておきましょう。

ハラスメントは利用者・家族等と職員との普段の関わりなども発生要因として挙げられるため、来所日を設定するなどして日常的な事業者の支援体制などにも助言を受けられると良いでしょう。

Ⅶ. 分析と改善～ハラスメント対応を再発防止につなげる

(1) 要因の分析と改善に向けた取組み

ハラスメントは一度対応して終わりとなるものではありません。発生した背景にある要因は様々ですが、対応を経て把握した問題（課題）やその対応結果について分析し、再発防止に向けて事業者内、職場内で共有することが重要です。

ハラスメントが発生した背景を考えると、事業者として何が足りなかったかなどが見えてきます。それを事業者内での対策の検討や研修にも活用しましょう。

ハラスメント発生の原因と考えられる要因の例
●利用者・家族等とのコミュニケーションエラー 利用者・家族等の要望と事業者が対応可能なサービス範囲などを十分に説明、すり合わせできていたか。 ●職員の知識不足 利用者・家族等の特性や疾病などについて、必要な知識を持って対応していたか。 ●利用者・家族等の不穏 本人の不調や環境の変化など利用者・家族等の不穏に繋がるようなことがなかったか。

(2) 新たなハラスメントを発生させないために

新たなハラスメントが発生しないようにするため、職員への教育や支援体制の工夫などに取組むことが重要です。ハラスメントを防止するため、次のような取組みが考えられます。

ハラスメント防止のための取組み例
●職員への教育 ハラスメントは必要なスキルや知識を身につけることによって、未然に防げることがあることを職場全体で共有します。また、教育体制を整えてそれを職員に伝えます。自治体などが主催する支援者養成研修への派遣やメンター制度などによる OJT が方法として挙げられます。

●同性介助

同性介助は利用者の尊厳を守ることと同時に、ハラスメントの防止にも有効です。担当の決定にあたっては、利用者、職員それぞれ本人の自認に配慮し、よく話を聞きながら意向を踏まえた配置になるよう検討します。

●定期的な職員の配置換え、チームによる支援（複数人での担当制）

利用者と職員との相性などによって、支援に支障がでてしまうケースがあります。これを防止するため、定期的な職員の配置変更を検討したり、担当を複数人設定したりする等して、職員と利用者が接触する頻度や時間を柔軟に調整できるようにします。

●利用者・家族等への周知

契約書、重要事項説明などへ職員へのハラスメントによるサービス中断や変更の可能性があることを記載しておきます。提供できるサービス範囲の理解が不十分なことでハラスメントが発生することもあるため、契約に際して提供可能なサービスの範囲は別紙でも用意して説明するなど工夫します。

<訪問系サービスについて>

訪問系サービスでは、「1対1で支援を行う場合がある」「利用者の居宅内での支援など管理者等が状況を把握しにくい」などのことから、ハラスメントと認識されにくい場合があります。サービス提供従事者（ヘルパー）が管理者やサービス提供責任者等に日頃からハラスメントに関する報告や相談がしやすい環境を作ることが重要ですが、ヘルパーの日々の支援記録などに注意することや記録で気になる点について直接確認するなど積極的な対応も考えられます。また、ハラスメントを回避したり、応援できる体制を予め検討しておくことなども考えられます。

（３）解決困難なケースの捉え方

誠実な対応を心がけても、相談者の要望に沿った解決が難しい場合もあります。利用者・家族等と話し合っても折り合いがつかず、その後の関係性に影響することもあります。

そのような場合は事業者のみで抱え込まずに、第三者委員や相談支援事業者、行政のケースワーカーなど関係機関に介入してもらい、客観的な視点や公平な立場によって解決への助言・支援をお願いします。

他の機関が関わることで、自分たちでは分らなかった課題（問題）に気づくことができ、解決の糸口となるかもしれません。即座に解決に至らなかったとしても、相談者や管理者等の精神的負担の軽減や、

新たに気づいた課題（問題）に取り組むことでサービスの質の向上につながっていきます。

Ⅳ. ハラスメント対応事例

事例 1 ドライバーが利用者に殴られた

利用者：Aさん（精神障害、障害支援区分2）

事業者：就労継続支援B型

概要

朝の送迎中、Aさんにドライバーが急に殴られた。事業所へ到着した後、報告を受けた管理者からご家族に連絡し、事業所へ来ていただくことにした。その間、Aさんとドライバーへ聞き取りを行い、Aさんのご家族が到着された後に聞き取った当時の状況を説明した。その日はご家族と共に一旦ご帰宅いただいた。

対応経過

翌日に改めてAさん・ご家族との面談を実施した。Aさんの状況を確認し、医療機関や相談支援事業所と連絡を取り、今後の対応を検討した。その結果、服薬内容の調整が実施され、家庭内で落ち着きが認められるまで、サービスの利用を見合わせることにした。

事業所ではAさんの利用再開に伴って、運転席と後部座席の間にパーテーションを設置した。また、ドライバーの気持ちが落ち着くまでは他職員が対応することにした。

行為の発生から数か月後にAさんとドライバーの状況が安定してから、対応を以前の状態に戻した。

対応のポイント

- ・行為があつてから、事業所に到着後すぐに管理者へ報告した。
 - ・管理者がAさんとドライバーの双方から話を聞き、事実確認に努めた。
 - ・医療機関や相談支援事業所と連携し、服薬内容の調整など適切な対応がとれた。
 - ・行為の発生を受けて、再発防止の対策を講じたり、ドライバーの気持ちに配慮して一時的にAさんから距離を取ったりする等の対応を行い、職員の安全と安心を確保した。
-

事例 2 電話対応中に Bさんから脅された

利用者：Bさん（精神障害、障害支援区分 3）

事業者：居宅介護

概要

電話対応中、Bさんが自身の望む回答を得られなかったために、暴言や強い口調で脅された。その場では傾聴や受容に徹したが、一方的に電話を切られてしまった。

対応経過

後日に冷静に話し合えるタイミングで、Bさんが客観的な理解ができるよう電話の内容の振り返りを行った。責めずに話すことにより、Bさんも冷静に考えることができ、本人からの謝罪に繋がった。

対応のポイント

- ・行為があった際に、不調の背景要因を想像した。
 - ・その場で反論などをせずに一旦受容に徹したことで、エスカレートさせずに済んだ。
 - ・後日にBさんが落ち着いた状況で一緒に振り返りをして、Bさんも事実を把握できるようにサポートしたことで、本人が自らの言動を客観的に捉えられた。
-

事例 3 Cさんから支援拒否や暴言を受けた

利用者：Cさん（身体障害、障害支援区分6）

事業者：施設入所支援

概要

Cさんは職員に対する暴言や介護拒否、支援方法について非難する等の言動がある。

対応経過

1対1になる場面を作らず、必ず職員が複数いる状況で支援を行っている。そうすることで、支援中に職員の精神的負担が大きい場合はその場で対応者を変更できるようにしている。

また、管理者が職員の様子を観察して、精神的に悪化しそうな場合は担当から外れる時間を設定し、職員からの希望次第で担当の変更も検討する。行為の要因は職員の力量のせいだけではないことを職場で常に確認し、職員の精神的な安定を図っている。

対応のポイント

- ・支援をチームで行うことで、職員が一人で抱えまないようにしている。
 - ・何かあった際にも直ぐに応援を呼んだり、対応を代わったりすることが可能な状態としている。
 - ・管理者も自ら職員の状態把握に努め、柔軟に担当変更などに対応している。
 - ・チーム内で共通認識を持つことで、お互いに応援や対応を頼みやすい雰囲気を作っている。
-

事例 4 声掛けをしたら D さんから突き飛ばされた

利用者：D さん（知的障害、障害支援区分 5）

事業者：共同生活援助（グループホーム）

概要

職員が声掛けをしたら D さんに突き飛ばされた。

対応経過

D さんは本件だけではなく、以前からホーム内に苦手な利用者がおり、顔を合わせると同じように押しに行く状況が見られていた。

D さんが苦手な利用者と一緒に生活しているという状況を考慮し、法人内のグループホームで住み替えを検討、実施した。それにより、安心して生活できるようになり、同様の行為は見られなくなった。

職員は 1 か月間の自宅療養後に復帰することになった。この間、行為を受けた職員とはどうしたら仕事を続けられるか、管理者と繰り返し話し合いを実施し、復帰後はこの職員が一人になる時間を作らないよう配慮した。

対応のポイント

- ・発生した行為について、以前から見られた同様の行為と関連づけて背景要因を分析している。
 - ・分析した結果から法人内で環境調整を実施し、行為の再発防止を図っている。
 - ・管理者が職員と話し合い、復帰後の支援体制に配慮している。
-

事例 5 Eさんから契約外のサービスの要求や、セクハラをされる

利用者：Eさん（身体障害、障害支援区分2）

事業者：居宅介護

概要

庭の手入れ等の契約外のサービスをしつこく要求される。対応困難であることを説明しても「なぜ出来ないのか」と、繰り返し迫られる。また、Eさん自身で日常生活上の動作はある程度されるものの、陰部への軟膏塗布を強要してきたり、ヘルパーの身体を触ったりする等の行為がある。

対応経過

同性介助を提案するが拒否されたため、自治体に相談すると「2人での介助」が認められた。ヘルパーは安心感を持って対応できるようになったが、Eさんは一人での介助を繰り返し要望しており、定期的に話し合いをする等の対応を行っている。

対応のポイント

- ・事業所に対応したがうまくいかなかったため、自治体と連携して解決を図っている。
 - ・Eさんの要望は続いているが話し合いでの対応とし、2人での介助にすることでヘルパーが安心できる体制を作っている。
-

IX. 参考資料

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律 （抜粋）	28
事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき 措置等についての指針（抜粋）	28
労働契約法（抜粋）	30
労働契約法の施行について（抜粋）	30
個人情報の保護に関する法律（以下、個人情報保護法）上の「個人情報」とプライバシーの違いに ついて	31

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律
(抜粋)

(雇用管理上の措置等)

第三十条の二 事業主は、職場において行われる優越的な関係を背景とした言動であつて、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものによりその雇用する労働者の就業環境が害されることのないよう、当該労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備その他の雇用管理上必要な措置を講じなければならない。

- 2 事業主は、労働者が前項の相談を行ったこと又は事業主による当該相談への対応に協力した際に事実を述べたことを理由として、当該労働者に対して解雇その他不利益な取扱いをしてはならない。
- 3 厚生労働大臣は、前二項の規定に基づき事業主が講ずべき措置等に関して、その適切かつ有効な実施を図るために必要な指針（以下この条において「指針」という。）を定めるものとする。
- 4 厚生労働大臣は、指針を定めるに当たっては、あらかじめ、労働政策審議会の意見を聴くものとする。
- 5 厚生労働大臣は、指針を定めたときは、遅滞なく、これを公表するものとする。
- 6 前二項の規定は、指針の変更について準用する。

出典：労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和四十一年法律第百三十二号）、施行日：令和三年四月一日（令和二年法律第十四号による改正）より抜粋

事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（抜粋）

1 はじめに

この指針は、労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号。以下「法」という。）第30条の2第1項及び第2項に規定する事業主が職場において行われる優越的な関係を背景とした言動であつて、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、その雇用する労働者の就業環境が害されること（以下「職場におけるパワーハラスメント」という。）のないよう雇用管理上講ずべき措置等について、同条第3項の規定に基づき事業主が適切かつ有効な実施を図るために必要な事項について定めたものである。

（中略）

7 事業主が他の事業主の雇用する労働者等からのパワーハラスメントや顧客等からの著しい迷惑行為に関し行うことが望ましい取組の内容

事業主は、取引先等の他の事業主が雇用する労働者又は他の事業主（その者が法人である場合にあっては、その役員）からのパワーハラスメントや顧客等からの著しい迷惑行為（暴行、脅迫、ひどい暴言、著しく不当な要求等）により、その雇用する労働者が就業環境を害されることのないよう、雇用管理上の配慮として、例えば、(1)及び(2)の取組を行うことが望ましい。また、(3)のような取組を行うことも、

その雇用する労働者が被害を受けることを防止する上で有効と考えられる。

(1) 相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

事業主は、他の事業主が雇用する労働者等からのパワーハラスメントや顧客等からの著しい迷惑行為に関する労働者からの相談に対し、その内容や状況に応じ適切かつ柔軟に対応するために必要な体制の整備として、4（2）イ及びロの例も参考にしつつ、次の取組を行うことが望ましい。

また、併せて、労働者が当該相談をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを行ってほならない旨を定め、労働者に周知・啓発することが望ましい。

イ 相談先（上司、職場内の担当者等）をあらかじめ定め、これを労働者に周知すること。

ロ イの相談を受けた者が、相談に対し、その内容や状況に応じ適切に対応できるようにすること。

(2) 被害者への配慮のための取組

事業主は、相談者から事実関係を確認し、他の事業主が雇用する労働者等からのパワーハラスメントや顧客等からの著しい迷惑行為が認められた場合には、速やかに被害者に対する配慮のための取組を行うことが望ましい。

（被害者への配慮のための取組例）

事案の内容や状況に応じ、被害者のメンタルヘルス不調への相談対応、著しい迷惑行為を行った者に対する対応が必要な場合に一人で対応させない等の取組を行うこと。

(3) 他の事業主が雇用する労働者等からのパワーハラスメントや顧客等からの著しい迷惑行為による被害を防止するための取組

(1)及び(2)の取組のほか、他の事業主が雇用する労働者等からのパワーハラスメントや顧客等からの著しい迷惑行為からその雇用する労働者が被害を受けることを防止する上では、事業主が、こうした行為への対応に関するマニュアルの作成や研修の実施等の取組を行うことも有効と考えられる。

また、業種・業態等によりその被害の実態や必要な対応も異なると考えられることから、業種・業態等における被害の実態や業務の特性等を踏まえて、それぞれの状況に応じた必要な取組を進めることも、被害の防止に当たっては効果的と考えられる。

出典：事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号）【令和2年6月1日適用】より抜粋

労働契約法（抜粋）

（定義）

第二条 この法律において「労働者」とは、使用者に使用されて労働し、賃金を支払われる者をいう。

2 この法律において「使用者」とは、その使用する労働者に対して賃金を支払う者をいう。

（労働者の安全への配慮）

第五条 使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。

出典：平成十九年法律第二百二十八号労働契約法より抜粋

労働契約法の施行について（抜粋）

5 労働者の安全への配慮（法第5条関係）

（1）趣旨

ア 通常の場合、労働者は、使用者の指定した場所に配置され、使用者の供給する設備、器具等を用いて労働に従事するものであることから、判例において、労働契約の内容として具体的に定めずとも、労働契約に伴い信義則上当然に、使用者は、労働者を危険から保護するよう配慮すべき安全配慮義務を負っているものとされているが、これは、民法等の規定からは明らかになっていないところである。

このため、法第5条において、使用者は当然に安全配慮義務を負うことを規定したものであること。

イ これについては、次の裁判例が参考となること（別添）。

- 陸上自衛隊事件（最高裁昭和50年2月25日第三小法廷判決。最高裁判所民事判例集29巻2号143頁）
- 川義事件（最高裁昭和59年4月10日第三小法廷判決。最高裁判所民事判例集38巻6号557頁）

（2）内容

ア 法第5条は、使用者は、労働契約に基づいてその本来の債務として賃金支払義務を負うほか、労働契約に特段の根拠規定がなくとも、労働契約上の付随的義務として当然に安全配慮義務を負うことを規定したものであること。

イ 法第5条の「労働契約に伴い」は、労働契約に特段の根拠規定がなくとも、労働契約上の付随的義務として当然に、使用者は安全配慮義務を負うことを明らかにしたものであること。

ウ 法第5条の「生命、身体等の安全」には、心身の健康も含まれるものであること。

エ 法第5条の「必要な配慮」とは、一律に定まるものではなく、使用者に特定の措置を求めるも

のではないが、労働者の職種、労務内容、労務提供場所等の具体的な状況に応じて、必要な配慮をすることが求められるものであること。なお、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）をはじめとする労働安全衛生関係法令においては、事業主の講ずべき具体的な措置が規定されているところであり、これらは当然に遵守されなければならないものであること。

出典：労働契約法の施行について（平成24年8月10日基発0810第2号）

個人情報の保護に関する法律（以下、個人情報保護法）上の「個人情報」とプライバシーの違いについて

個人情報保護法上の「個人情報」とは、生きている個人に関する情報で、特定の個人であると分かるもの及び他の情報と紐づけることにより容易に特定の個人であると分かるものをいい（法第2条第1項）、個人情報保護法によって保護の対象となります。

個人情報保護法上、プライバシーの保護や取扱いに関する規定はありませんが、個人情報保護法は、「個人情報」の適正な取扱いにより、プライバシーを含む個人の権利利益の保護を図るものです。

一方、プライバシーは「個人情報」の取扱いとの関連に留まらず、幅広い内容を含むと考えられます。そのようなプライバシーの侵害が発生した場合には、民法上の不法行為等として侵害に対する救済が図られることとなります。

出典：個人情報保護委員会「よくある質問（個人向け）」より抜粋し、MS&AD インターリスク総研株式会社にて一部編集

<<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/faq/kojin/#k1-4>>（最終アクセス日：2022年3月17日）

令和３年度障害者総合福祉推進事業
「障害福祉の現場におけるハラスメントに関する調査研究」
障害福祉サービス等事業者向け
職員を利用者・家族等によるハラスメントから守るために

発行月：令和４年（２０２２年）３月

発行者：MS&AD インターリスク総研株式会社

(3) 相談する際に整理して伝えると良いこと

- 利用者・家族等から受けた行為の内容
誰に、何を、いつ、どこで、どのように…等
 - その行為を受けた直後の対応
我慢した、その場を離れた、対応を代わってもらった…等
 - その行為を受けたことによって心や身体にどのような影響があったか
怪我をした、眠れなくなった、恐怖心や不安を感じるようになった…等
 - 相談した相手にどのような対応をしてほしいか
話を聞いてほしい、何があったか知ってほしい、担当を変えてほしい、相手に注意してほしい…等
- ※ 匿名での相談も可能です。ただし、匿名の場合は事業者としても対応できる範囲に限界があることに留意しましょう。

(4) ハラスメントを目撃したらどうするか

同僚や部下がハラスメントを受けている場面を目撃したら、助けましょう。

- 一時的に対応が変わる
- 利用者に声をかけて他の事に意識を向けてもらう
- 一緒に支援をする・対応をする
- 困っていることについて話を聞く、共感してフォローする
- 管理者や事業者の相談窓口などに相談するようアドバイスする

【職場内で相談しづらかったら・・・】

管理者や法人の相談窓口、同僚や知人・家族に相談しにくい場合は、外部に誰でも相談できる窓口があります。プライバシーは厳守されますので、安心して相談してください。

- こころの耳

<https://kokoro.mhlw.go.jp/worker/>



- 各自治体に設置された福祉・介護職員等の悩み相談窓口

例) 東京都の場合

福祉・介護職員等の悩み相談 (東京都福祉保健局ホームページ)

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/fukushijinzei/teichakuikusei/soudan.html>

※ この窓口は都内で勤務している方など限定了。窓口の設置有無はご自身の働く施設・事業所がある各自治体へお問い合わせください。

障害福祉サービス等に従事する皆様へ

利用者・家族から

ハラスメントを受けたら・・・

- 暴力を受けた・物を投げつけられた
- 怒鳴りつけられた
- 契約外のサービスを強要された
- 性的な発言をされた
- ...等

まずは相談してください

このリーフレットは利用者や家族等から職員へのハラスメントを対象に、「ハラスメントとはどのような行為を指すのか」「ハラスメントを受けたらどうすればよいか」「相談する際のポイント」などを皆さんに知っていただき、安心して働けるようになることを目的に作成しました。
ぜひ手に取っていただき、職場内でも対応について話し合ってみましょう。

令和4年3月

障害者総合福祉推進事業「障害福祉の現場におけるハラスメントに関する調査研究事業」

（１）利用者や家族等によるハラスメントとはどのような行為を指すのか

利用者や家族等によるハラスメントは次のように整理されます（以下、本リーフレットでは、利用者・家族等から示される次のような行為を「ハラスメント」という用語で表現します）。

１．身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為。（職員が回避したため危害を免れたケースを含む）

例）

- 身体的暴力を振るわれた、振るわれそうになった
（つねられる、ひっかかれる、たたかれる、蹴られる、など）
- 物を破壊する、攻撃されるなど、恐怖を感じる行為をされた

２．精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

例）

- 脅迫する発言を受けた
- 契約や制度上、提供できないサービスを繰り返し要求された
- 人格や能力を否定する発言をされた

３．セクシュアルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的いやがらせ行為。

例）

- サービス提供時、不必要に身体に接触された、接触されるようなことがあった
（手を握られる、抱きしめられる、など）
- 性的な発言をされた、繰り返し言われるようなことがあった
- 性的な関係を迫られた

出典：株式会社三菱総合研究所「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」（2019年、3頁）をMS&ADインターリスク総研株式会社に一部修正

事業者には「安全配慮義務」があります。これは職員の皆さんが安全かつ健康に働けるように配慮する義務のことです。また、相談した人のプライバシーを保護すること求められていますので、相談した内容を皆さんの承諾なしに誰かに共有することはできません。

ハラスメントを受けたら、安心して相談しましょう。

（２）ハラスメントを受けたらどうすればよいのか

相談することと同様に、自身で身を守ることも重要です。日頃から管理者や同僚と相談しながら、いざというときの対策を考えていきましょう。

その場での対応

● 自身が嫌な思いをしていることを伝える

職員は利用者を支援するという立場のため、ハラスメントを受けても我慢をしまいがちですが、ご自身が嫌な思いをしていること・止めてほしいことを伝えることは大切です。伝え方によっては逆にエスカレートしてしまうこともありますので、日頃から職場内で利用者さんに合った伝え方を考えておきましょう。

● 応援を呼ぶ・対応を代わってもらう

ハラスメントを受けたと感じたら、迷わず応援の職員を呼ぶか、対応を代わってもらいましょう。一人で抱え込まないことが重要です。

● その場を離れる

利用者の安全が確保されていることが前提ですが、物理的に距離を取ることで感情の鎮静化が図られる場合があります。それにより、利用者が自身の言動について不適切であったことに気付くきっかけに繋がるかもしれません。

再発を防ぐ

● 報告・共有する

ハラスメントがあった際には必ず管理者等に報告し、記録も残しましょう。また、会議などで情報を共有することで、職場全体でハラスメントが再び起きないように対応を考えましょう。一人で抱え込まずに組織として対策を検討することが大切です。

● 発生した背景を考える（支援方法などの見直しにつなげる）

利用者・家族等がその言動に至った背景を考えましょう。心身の不調や生活上のストレスなどが、ハラスメントに繋がっている可能性があります。また、原因は一つでなく、本人の体調や環境などのいくつかの要因が合わさっている場合もあります。管理者や同僚とも相談して、支援方法や環境の見直し・改善をすることで再発を防ぎましょう。

訪問系サービスについて

訪問系サービスでは1対1や利用者の居宅内での支援があることから、ハラスメントと認識されにくい場合があります。サービス提供従事者（ヘルパー）が日頃から報告や相談がしやすい環境を作ることが重要であり、日々の支援記録や本人に対して確認を行うなどの対応も考えられます。また、ハラスメントを回避したり、応援できる体制を予め検討しておくことなども考えられます。

令和 5 年 8 月 18 日

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉主管課(室) 御中
中 核 市

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

「障害福祉の現場におけるハラスメントに対する研修素材等」について

障害福祉行政の推進につきましては、日頃よりご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、令和 4 年度障害者総合福祉推進事業（障害福祉の現場におけるハラスメントに対する研修素材の作成に関する調査研究（実施団体：P w C コンサルティング合同会社））において、有識者で構成される検討委員会での議論を踏まえ、標記の障害福祉サービス等事業所等の管理職及び職員向けの研修の手引き等が作成されました。

各都道府県等におかれましては、本研修の手引き等について、貴管内の障害福祉サービス等事業者、市町村、関係団体、関係機関等に対して周知いただくなど、障害福祉サービス等事業者において、障害福祉の現場におけるハラスメント対策が進むようご協力をお願いいたします。

なお、本調査研究事業の報告書は以下の実施団体のウェブサイト及び厚生労働省ホームページに掲載されておりますので、あわせてご参照下さい。

<実施団体>

<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/track-record/welfare-promotion-business2023.html>

<厚生労働省ホームページ>

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070789_00012.html

【担当】

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部障害福祉課評価・基準係

TEL：03-5253-1111（内線 3036）