

認可保育施設における午睡中の死亡事例に関する検証報告書

令和元年 8 月 5 日

板橋区保育施設等における事故検証委員会

目次

| | |
|----------------------------|-----------|
| はじめに | 1 |
| 第1章 検証の目的及び方法 | 2 |
| 1 検証の目的 | 2 |
| 2 検証委員会設置までの経緯 | 2 |
| 3 検証委員会の設置及び開催方法 | 3 |
| 4 検証委員会の実施状況 | 3 |
| 第2章 事例の概要と経緯 | 5 |
| 1 事例の概要 | 5 |
| 2 施設概要 | 5 |
| 3 本施設の勤務体制 | 6 |
| 4 事故発生時の状況 | 7 |
| 5 その他の確認事項 | 14 |
| 第3章 本事例における課題の抽出と分析 | 16 |
| 1 課題の抽出・分析にあたっての考え方 | 16 |
| 2 課題の分析について | 17 |
| （1）午睡中の保育に関すること | 17 |
| （2）重大事故発生時の適切な対応について | 20 |
| （3）研修の実施体制について | 22 |
| （4）事故検証のあり方について | 24 |
| （5）本施設の職員配置全般について | 25 |
| 第4章 重大事故再発防止策の提言 | 26 |
| 1 行政に対する提言 | 26 |
| （1）午睡時の保育に関する提言 | 26 |
| （2）重大事故発生時の適切な対応に関する提言 | 26 |
| （3）研修に関する提言 | 27 |
| （4）事故検証のあり方に関する提言 | 27 |
| （5）職員配置や職員体制に関する提言 | 28 |
| （6）その他の提言 | 29 |
| 2 事業者及び保育施設に対する提言 | 30 |
| （1）午睡時の保育に関する提言 | 30 |
| （2）重大事故発生時の適切な対応に関する提言 | 31 |
| （3）研修に関する提言 | 31 |
| （4）事故検証のあり方に関する提言 | 32 |
| （5）職員配置や職員体制に関する提言 | 33 |
| （6）その他の提言 | 33 |

参考資料

はじめに

平成 28 年 9 月に、板橋区内の認可保育施設において、1 歳 2 か月の男児が、午睡中に心肺停止状態となっているところを担任保育士に発見され、応急処置を施された後に、区内の医療機関に救急搬送されたものの、その後、死亡が確認されるという事案が発生いたしました。

板橋区では、この事案について、医師、弁護士、学識経験者、保育関係者で構成する検証委員会を設置し、平成 30 年 6 月 28 日の第 1 回から、保護者及び保育従事者等へのヒアリングの実施を含め、9 回の委員会を開催いたしました。

委員会では、保育施設等において二度と同様の事故が起きないように、委員の専門的知見から死亡事故の発生要因や課題の分析を行い、重大事故の再発防止策を提言としてまとめました。

全国各地で発生した保育施設等における重大事故について、事故要因の分析、再発防止策の検討等が行われていますが、保育施設等での死亡事故は後を絶ちません。

本報告書の提言を含めた検証内容が、自治体はもとより保育施設の設置者及び保育従事者等、保育に関わる全ての関係者に共有され、保育環境の整備や保育従事者の知識や技術の向上等、子どもたちの安心や安全を確保するための取組の充実が図られることを期待しております。

今回の事例を教訓として、死亡事故のような重大事故が保育施設において二度と起きることなく、子どもたちが健やかに成長していくことを切に願い、検証結果をご報告させていただきます。

最後になりましたが、亡くなられたお子様のご冥福を心からお祈りするとともに、保護者をはじめ検証の実施にご協力いただきました方々へ、心から感謝申し上げます。

板橋区保育施設等における事故検証委員会
委員長 鈴木 育夫

第1章 検証の目的及び方法

1 検証の目的

認可保育施設における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡又は重大事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するものであり、関係者の処罰を目的とするものではない。¹

2 検証委員会設置までの経緯

平成28年3月31日付府子本第191号等内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)等通知「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」により、「特定教育・保育施設等」において、死亡事故等の重大事故が発生した場合、区市町村が実施主体となり検証を行うことが示された。

今回、区が取り上げた事例(以下「本事例」という。)は、平成28年9月2日に認可保育施設で発生したものであるが、亡くなられたお子様の死因は不詳とされており、現在においても、警察による捜査が行われている。

区では、検証に必要な資料等の多くが警察に押収されており²、十分な検証環境とは言えない状況において、一定の結論を拙速に出すべきではないとし、検証委員会の立ち上げを見合わせていた。

一方、平成29年9月11日付内閣府子ども・子育て本部参事官付等事務連絡「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証の徹底について」において、死亡事故については、すべて検証すること、明らかな病死であっても、発生前、発生時、発生後の一連のプロセスにおける子どもや周囲の状況、時系列の対応などを検証し、検証の結果を重大事故の再発防止に役立てていくことが極めて重要であり、検証を行っていない自治体については、早急に検証を実施することとされた。

この通知を受け、平成28年9月に区内の認可保育施設で発生した子どもの死亡事故について、「板橋区保育施設等における事故検証委員会設置要綱」(平成30年3月22日区長決定)を制定し、板橋区保育施設等における事故検証委員会(以下「検証委員会」という。)を新たに設置し、検証を行うこととした。

¹ 平成28年3月31日付府子本第191号等内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)等通知「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」に示されている検証目的

² 認可保育施設の設置事業者(以下「事業者」という。)によれば、令和元年5月24日に、警察に押収された資料一式が返却されている。

3 検証委員会の設置及び開催方法

検証委員会の委員については、保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある医師、弁護士、学識経験者、保育関係者で構成することとした。

なお、会議については、関係者のプライバシー保護に配慮するとともに、闊達な議論を行うため、非公開で開催された。

《板橋区保育施設等における事故検証委員会委員》

| 役職 | 氏名 | 区分 | 所属団体 |
|--------------|--------|----|-------------|
| 委員長 | 鈴木 育夫 | 医療 | 板橋区医師会 |
| 副委員長 | 安藤 建治 | 法律 | 東京弁護士会 |
| 委員 (五十音順) | 小林 美由紀 | 学識 | 白梅学園大学 |
| | 堀 科 | 学識 | 東京家政大学 |
| | 山本 慎介 | 保育 | 社会福祉法人わかたけ会 |

4 検証委員会の実施状況

| 実施日 | 議事内容等 |
|-------------------|--|
| 平成 30 年 6 月 28 日 | 《委嘱式・第 1 回検証委員会》 <ul style="list-style-type: none"> ・委員委嘱（委員長、副委員長の選出） ・検証委員会における確認事項 ・事故の概要説明 ・今後の検証の進め方 |
| 平成 30 年 7 月 30 日 | 《第 2 回検証委員会》 <ul style="list-style-type: none"> ・疑問点等の整理について ・課題の抽出について ・関係者へのヒアリングと現地確認の実施について |
| 平成 30 年 10 月 6 日 | 《関係者へのヒアリング》 <ul style="list-style-type: none"> ・保育従事者等へのヒアリングの実施 |
| 平成 30 年 10 月 17 日 | 《関係者へのヒアリング》 <ul style="list-style-type: none"> ・保護者へのヒアリングの実施 |
| 平成 30 年 11 月 19 日 | 《第 3 回検証委員会》 <ul style="list-style-type: none"> ・保護者への書面聴取に対する回答書及び保護者からの意見書 ・課題の整理について ・提言の方向性について |

| 実施日 | 議事内容等 |
|-------------------|---|
| 平成 30 年 12 月 25 日 | ≪ 第 4 回 検 証 委 員 会 ≫ ・ 他 自 治 体 の 提 言 に つ い て ・ 本 検 証 委 員 会 に お け る 提 言 に つ い て |
| 平成 31 年 1 月 21 日 | ≪ 第 5 回 検 証 委 員 会 ≫ ・ 本 検 証 委 員 会 に お け る 提 言 に つ い て ・ 報 告 書 案 の 骨 子 に つ い て |
| 平成 31 年 3 月 26 日 | ≪ 第 6 回 検 証 委 員 会 ≫ ・ 報 告 書 案 の 取 り ま と め |
| 令和元年 8 月 5 日 | ≪ 第 7 回 検 証 委 員 会 ≫ ・ 報 告 書 案 の 最 終 決 定 |

第2章 事例の概要と経緯

1 事例の概要

本事例は、平成28年9月2日、14時35分頃、区内の認可保育施設（以下「本施設」という。）において、1歳2か月の男児（以下「A君」という。）が、午睡中に心肺停止状態となっているところを担任保育士に発見され、応急処置を施された後に、区内の医療機関に救急搬送されたものの、その後、死亡が確認された事案である。

施設の概要などの基本的な事項は、次のとおりである。

2 施設概要

| | |
|----------|---|
| 施設種別 | 認可保育施設 |
| 開設年月日 | 平成28年4月1日 |
| 設置者 | 株式会社 |
| 施設概要 | 鉄骨造地上3階建ての1階部分を保育所として賃借 (延床面積533.73㎡) 0歳児室 35.41㎡、1歳児室 60.41㎡ 2歳児室 37.66㎡、3歳児室 37.62㎡ 4歳児室 37.62㎡、5歳児室 37.62㎡ 調理室 18.02㎡、その他 269.37㎡ |
| 認可定員 | 100名 (0歳児6名、1歳児18名、2歳児19名、3歳児19名、 4歳児19名、5歳児19名) |
| 職員配置数 | 施設長1人、主任保育士1人、保育士11人(うち常勤10人)、 看護師1人、調理員4人 |
| 開園時間 | 開園時間(基本) 7時15分～18時15分(11時間) 延長時間 18時15分～20時15分(2時間) |
| 設置者の事業内容 | ・認可保育所運営 ・東京都認証保育所運営 ・小規模保育所運営 ・自治体保育室運営 |

※児童福祉施設設置認可申請添付書類の記載による。

3 本施設の勤務体制

(1) 本施設の業務分担表

本施設の0歳児クラスには、2人の担任保育士（以下「保育士B」、「保育士C」という。）が配置されていた。

| | | | |
|--------|----------------------|----------|---------|
| 園長 | 保育士（常勤） | | |
| 主任 | 保育士（常勤） | | |
| 0歳児担任 | 保育士B（常勤） | 保育士C（常勤） | |
| 1歳児担任 | 保育士（常勤） | 保育士（常勤） | 保育士（常勤） |
| 2歳児担任 | 保育士（常勤） | 保育士（常勤） | （主任保育士） |
| 3歳児担任 | 保育士（常勤） ³ | 保育士（常勤） | |
| 4歳児担任 | 保育士（常勤） | | |
| 5歳児担任 | | | |
| フリー保育士 | 保育士（常勤） | 保育士（非常勤） | |
| 看護師 | 看護師（常勤） | | |

※事業者提供（事故当時）資料に基づき作成。

(2) 本施設の事故当日のシフト表

| | 勤務時間 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 13:00 | 14:00 | 15:00 | 16:00 | 17:00 | 18:00 | 19:00 | 20:00 | 21:00 |
|----------|---------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 園長 | 8:30 ~ 17:30 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 主任 | 10:30 ~ 19:30 | | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| 0歳担当B保育士 | 8:30 ~ 17:30 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 0歳担当C保育士 | 10:30 ~ 19:30 | | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| 保育士(常勤) | 8:30 ~ 17:30 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 保育士(常勤) | 7:00 ~ 16:00 | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育士(常勤) | 7:00 ~ 16:00 | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育士(常勤) | 9:15 ~ 18:15 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 保育士(常勤) | 休暇 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育士(常勤) | 8:45 ~ 17:45 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 保育士(常勤) | 8:30 ~ 17:30 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 保育士(常勤) | 8:00 ~ 17:00 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 保育士(非常勤) | 9:00 ~ 13:00 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 看護師 | 8:15 ~ 17:15 | | | ■ | | | | | | | | | | | | |

※事業者提供（事故当時）資料に基づき作成。

³ 3歳児担任保育士のうち1人は、平成28年8月末で退職しており、(2)本施設の事故当日のシフト表には含まれていない。

4 事故発生時の状況

平成28年9月2日に発生した本事例について、事故発生時の状況を、事業者から国に提出された事故報告書、事故発生日に区職員が行った聞き取り、事故翌日以降に東京都と区が合同で実施している特別指導検査時の聞き取り等の内容から概括する。

(1) 事業者から国に提出された事故報告書

以下の内容は、事故発生後に事業者が、当時の園長及び担任保育士等の関係者に聞き取りを行った上で作成し、区を経由して国に提出された報告書の内容を抜粋し、まとめたものである。

| | |
|-------------|--|
| 発生日時 | 平成28年9月2日（金曜日）14時35分頃 |
| 発生場所 | 乳児室（0歳児室） |
| 発生状況 | 午睡中 |
| 子どもの年齢性別 | 1歳2か月 男児 |
| 入園年月日 | 平成28年4月1日 |
| 病状・死因等（既往症） | 司法解剖の結果、死因不明。既往症は無し。 |
| 当日の在籍児童数 | 71名 （0歳児6名、1歳児18名、2歳児19名、3歳児18名、4歳児9名、5歳児1名） |
| 当日の出席児童数 | 69名 （0歳児6名、1歳児17名、2歳児19名、3歳児17名、4歳児9名、5歳児1名） |
| 発生時の職員配置 | 当日の出席児童数69名に対し、11名以上の保育士のほか看護師が保育に当たり、法令上定められた職員を配置していた。 |
| 発生時の保育体制 | A君が在籍する0歳児クラスには、6名出席 事故発生時、保育士は2名体制で保育を行っていた。 ⁴ 0歳児クラスの担当は、保育士経験が8年以上の経験者を配置していた。 |

⁴ 都の認可に必要な保育士配置は、乳児3人につき保育士1人

| 日時 | | 事故の経緯 |
|------|--------|---|
| 9月2日 | 9時00分 | 登園、体温は37.4度とやや高めであるが、いつもやや高め。 |
| | 12時40分 | スタッキングベッドで午睡開始 |
| | 14時10分 | 午睡から起きそうになり、保育士が抱きかかえて自分の近くのマット上にバスタオルを敷いて、その上に寝かせる。 そのままトントンしていると寝入ってしまう。その際、うつぶせで寝入ったため、横向きに直す。その後も5分おきのSIDS ⁵ チェックを行う。 |
| | 14時35分 | 児童が呼吸していないことに気づき、保育士が心肺蘇生を行う。 |
| | 14時37分 | 看護師が心肺蘇生を行いつつ、AEDを使用するも電気ショックの必要無しとのガイダンスが流れる。 |
| | 14時46分 | 救急隊が到着、救命処置を行う。病院へ搬送 |

(2) 事故発生日の園長及び担任保育士等からの聞き取り内容

以下の内容については、事故が発生した平成28年9月2日に、区の職員が本施設において、当時の園長、担任保育士及び事業者本部の職員から聞き取った内容をまとめたものである。

| 日付 | 時間 | 内 容 |
|------|---------------------|--|
| 9月2日 | 8時15分頃 ⁶ | A君が登園 |
| | 午前中 | 散歩には出かかず、室内保育で紙をちぎったりして元気に遊んでいた。 |
| | 11時5分頃 | 食事を開始。11時30分頃に食べ終わる(完食)。食事後は、手と口を拭き、おむつ替えをした。 |
| | 12時10分頃 | 担任保育士が、0歳児クラスの児童6人を順番に寝かしつけ始めた。寝かしつけは、マットの上にバスタオルを敷き行っていた。うつぶせ寝にして背中をトントンし、寝付いたところで、身体を横向きにし、A君がお気に入りのタオルをぐるぐると巻き、抱き枕のようにして寝かせていた。 |

⁵ Sudden Infant Death Syndrome (乳(幼)児突然死症候群)

⁶ 事業者提供(事故当時)資料では、登園時刻は9時00分であり、誤った発言である。

| 日付 | 時間 | 内 容 |
|------|----------------------|---|
| 9月2日 | 12時40分頃 | 6人のうち、真ん中ぐらいの順番で眠った。 バスタオルごと、スタッキングベッドへ移動させた。 |
| | | (12時45分～13時40分頃 担任保育士2人のうち保育士Bが休憩。13時50分～14時30分頃、入れ替わりで、保育士Cが休憩を取った。) |
| | 14時10分頃 | 6人のうち3人ぐらいがぐずり始めた。この時、A君はうつぶせで、保育士Bが背中をトントンする。起きる時間には早いと思い、3人を繰り返しトントンしながら様子を見ていた。この時、6人中完全に起きていた子が1人(スタッキングベッドの上)、完全に寝ていた子が2人。 |
| | 14時30分頃 | A君の上下のお腹の動きがなくなったが、呼吸はしていた。 A君を横向きにし、タオルを抱き枕のようにした。 5分もしないうちにA君の様子が急変し、保育士Bが自ら心臓マッサージ、休憩から戻った保育士Cが園長を呼びに行き、その後、看護師がAEDを行った。 |
| | 14時37分頃 | 園長が119番通報を行った。 |
| | 14時41分頃 | 園長が保護者へ連絡した。 |
| | 14時46分頃 | 救急車が園に到着。区内大学病院に搬送。 |
| | 16時15分頃 ⁷ | 死亡確認 |

(3) 東京都と合同で実施した特別指導検査における聞き取り内容

平成28年9月3日及び5日に、事実関係を確認するため児童福祉法第46条等に基づく特別指導検査⁸を東京都と合同で実施した。

次の内容は、その際に区職員が、当時の園長、保育従事者から聞き取った内容をまとめたものである。

なお、特別指導検査については、警察が捜査中であり、指導検査に必要な書類が押収されていることから、現在、中断している。

⁷ 保護者代理人弁護士から提供を受けた死体検案書の死亡時刻は、15時31分である。

⁸ 検査事項全体について、施設等の所在地にて行う一般検査と異なり、特定の検査事項を定め、重点的又は改善が図られるまで継続的に行う検査で、特命により行う検査をいう。

A 君の状況について

- ・ A 君の保育時間は概ね 9 時から 16 時。
- ・ アレルギー、持病、既往症や発育遅れはなかった。A 君は伝い歩きをするようになっていた。
- ・ 離乳食は最近完了食になった。寝付きが悪く、途中で目を覚ますこともあったが、卒乳後はまとめて寝るようになった。
- ・ これまでの様子は、休みがちで体調が弱く、風邪をひきやすい。1 週間ぐらい続けて休むことがあり、家庭保育が多い。予防接種後の発熱で休むことがあった。

本施設における日頃の保育状況について

- ・ 登園時に、前室で担任が検温し、口頭で体調を確認。チェック表を提出することになっている。
- ・ 午睡は、スタッキングベッドを使用する。使用されているスタッキングベッドは比較的固めであり、これに個人のシーツ又はバスタオルを持ち込み使用する。
- ・ 午睡時に子どもが起きていたり、ぐずっていたりする場合には、保育士がそれぞれの園児につき、状況により看護師に応援を依頼するが、園児が落ち着いて寝ている場合には、午睡時を使い職員が休憩を取るために、1 名体制の時間が発生する。保育士が昼食を取る場合には、必ず別室で取ることにしている。
- ・ 日中は、看護師が 0 歳児室の保育に入っている。園長も随時各保育室を見回っている。隣室が 1 歳児室なので、お互いに声を掛け合っている。
- ・ 午睡チェックは、5 分おきにしている。寝返りを打った時等にうつぶせになったらひっくり返している。午睡時にタオルを抱き枕にするのは、家庭で行っていたか不明ではあるが、母乳の子が安心感を得られるからということで行っていた。行う子もいれば、行わない子もいる。その時の子どもの状況に合わせて行っているので、毎日行っているわけでもない。
- ・ バスタオルは大判のものを 2 枚家庭から持ってきてもらっている。1 枚は抱き枕にし、もう 1 枚はシーツとして使用。
- ・ バスタオルが口元を塞がないように気をつけている。
- ・ 園長が、他自治体の事故について印刷し、職員会議で全職員に配布し注意喚起を行っていた。
- ・ 救命方法、ビジネスマナーや遊び等の保育内容に関わる研修を、月 1 回実施していた。

本施設における事故当日の保育状況について

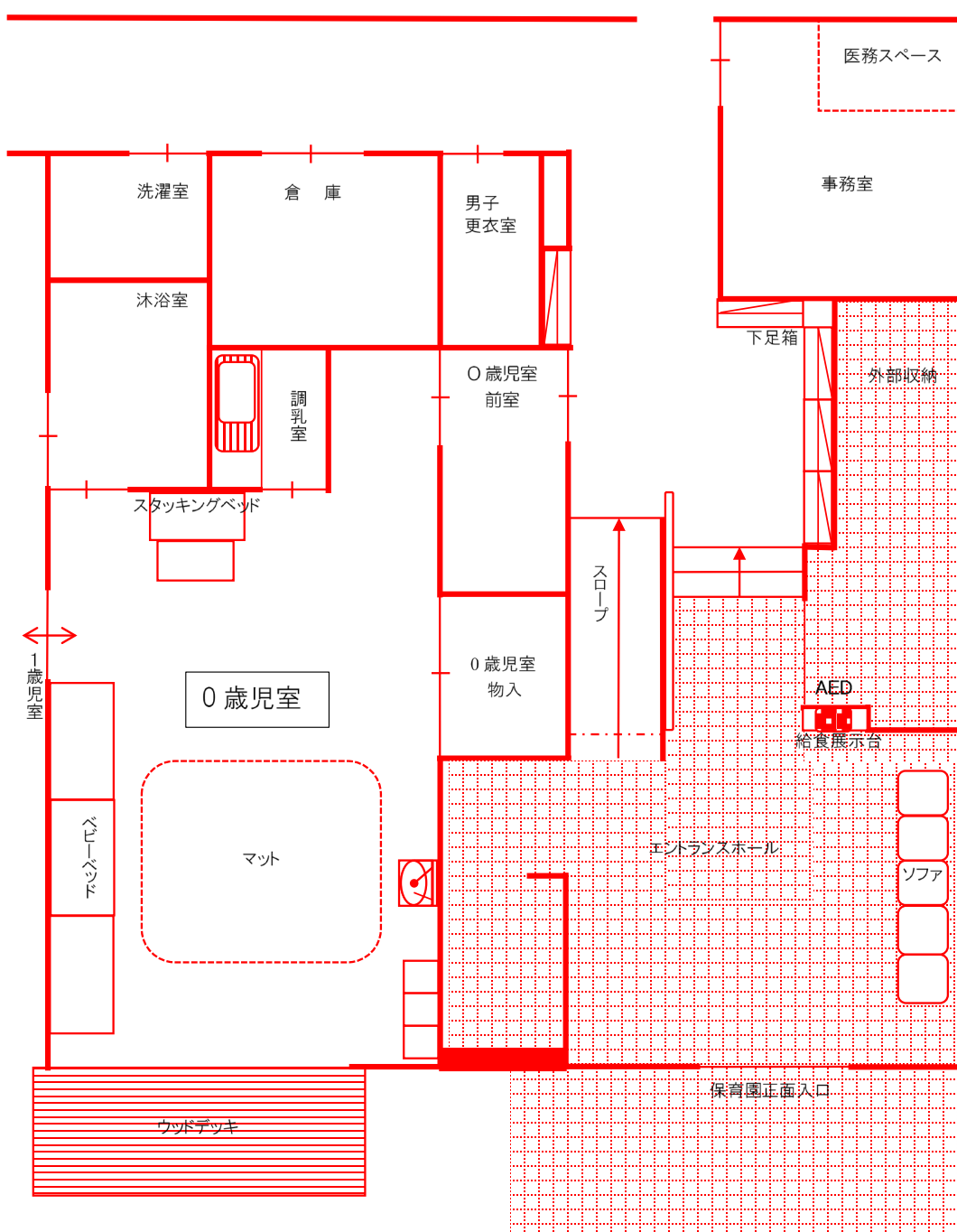
- ・ A 君は、9 時に登園。0 歳児クラスで最後の 6 番目の登園であった。9 時 30 分頃までに、看護師は、担任から聞き取った内容及び巡回による確認を経て、健康状態及び身体状況を把握する。
- ・ 事故当日の預け入れ時には、保護者と健康上の注意事項等の話はしていないが、登園時に熱が 37.4 度あったので、37.5 度を超えたら保護者へ連絡することを伝えている。
- ・ 保育士の休憩中に看護師が保育に入ることになっているが、事故当日は、看護師は保育に入っていなかった。
- ・ 看護師は、職員の休憩時間帯に園内を巡回していた。

事故発生時の状況

- ・ A 君は、スタイは付けず、下着に半そでシャツ、半ズボンで寝ていた。
- ・ 鼻水は出ていなかった。
- ・ A 君は、最初仰向けに寝かせ、寝付いたところで横向きにした。
- ・ 13 時 45 分から 14 時 30 分頃、保育士 C が休憩。この間、保育士 B が 1 人で保育を行う。
- ・ 14 時 10 分頃、A 君がぐずり始め、保育士 B の近くでぐずっていた他の子どもの近くへ連れてきて、トントンしていた。そのときは、横向きで寝ていた。
- ・ A 君は、上を向いた後、うつぶせ寝になったり四つん這いになったりするので、顔は横を向くように常に気をつけていた。
- ・ 保育士 B が最後に時計を見たのは、14 時 30 分。ちょうどその頃、保育士 C が休憩から戻ってくる。
- ・ 14 時 30 分頃、保育士 B が午睡チェックを行い、子どもがぐずっていて記入することができなかった 14 時 15 分から 30 分の午睡チェックの結果をまとめて記入した。
- ・ 休憩から戻ってきた保育士 C が別の子どもをおんぶしようと立ち上がった際、A 君を見たときにはうつぶせ寝にはなっておらず、横を向いていて、頬にタオルが付いていた。
- ・ 14 時 36 分頃、A 君の様子が急変し、保育士 B が呼吸していないことを確認。室内の広い場所へ移動し、応急処置を行う。
- ・ 事務室内にいた園長、看護師を保育士 C が呼びに行き、その後、看護師と主任保育士が AED を行った。

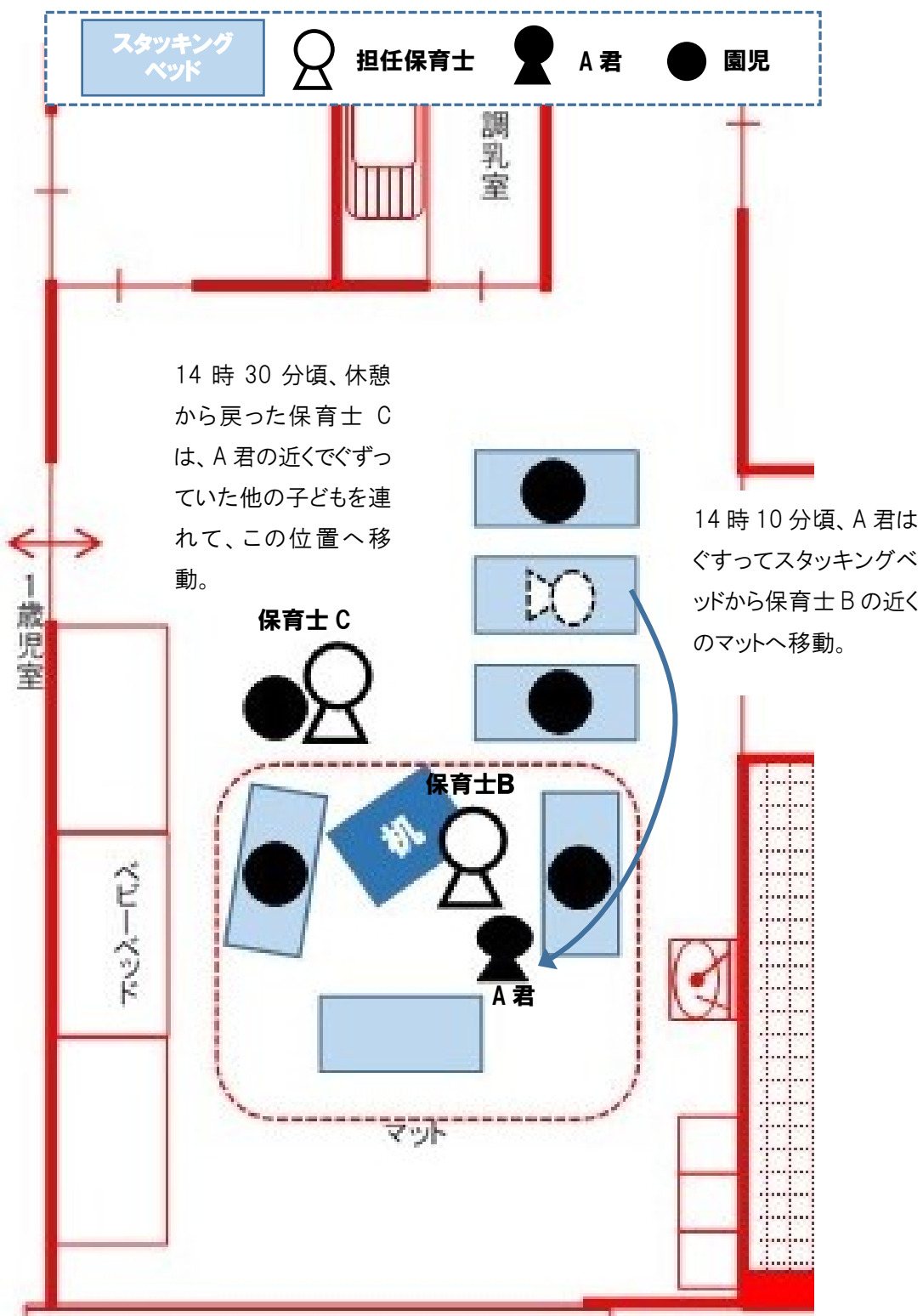
・AED から「異常ありません」というメッセージ⁹を 3 回聞いた。引き続き、心臓マッサージを看護師が続けていた。

(参考資料) 0 歳児室付近配置図



⁹ 電気ショックが不要である旨のメッセージのこと

(参考資料) A君の呼吸停止覚知時の担任保育士・A君の配置状況
 ※特別指導検査時の現場状況の再現に基づき作成。



5 その他の確認事項

(1) 検証委員会によるヒアリングの実施

検証委員会においては、当時の担任保育士、看護師、事業者本部職員、及び保護者に対して、当時の状況を確認するためにヒアリングを実施している。

なお、当時の園長については、既に退職されていたため、ヒアリングを実施することができなかった。

(2) 事故当日の気象状況¹⁰

| | | | | | |
|------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| ○最高気温 | 31.3℃ | ○最低気温 | 22.6℃ | ○平均気温 | 26.7℃ |
| ○14時30分の気温 | 29.2℃ | | | | |
| ○降水量 | 0.0 mm | | | | |

(3) 警察からの情報提供

事故発生後、区が所轄警察署に、資料の返却状況及び押収された資料の閲覧等が可能かどうか、複数回にわたり確認したが、捜査中であるため、資料の返却及び閲覧はできないとのことであった。

また、検証委員会を設置するにあたり、平成30年6月に所轄警察署を訪問し、本事例に対する情報の提供を求めたが、本事例については捜査中であるとのこと、情報提供を受けることはできなかった。

なお、事業者によれば、令和元年5月24日に、警察に押収された資料一式が事業者に戻されたとのことだが、第6回検証委員会（平成31年3月26日開催）において、事例に関する検証をすべて終えていることから、その後返却された資料等については、検証対象としていない。

(4) 保護者から提供された資料

検証の実施にあたり、保護者から代理人弁護士を通じて、次の資料の提供を受けることができた。

また、検証委員会に対し、保護者及び保護者代理人弁護士から、事業者ヒアリングに関する要望書、陳述書及び意見書が提出されている。

¹⁰ 気象庁ホームページの近隣区（練馬区）のデータによる。

| 資料名 |
|-------------------------------------|
| ・事業者ヒアリングに関する要望書（平成 30 年 9 月 28 日付） |
| ・死体検案書 |
| ・退院時サマリー |
| ・東京消防庁への照会事項書及び回答書 |
| ・保護者の陳述書（平成 30 年 10 月 12 日付） |
| ・事故検証委員会に対する意見書（平成 30 年 11 月 13 日付） |
| ・かかりつけ医診療録 |
| ・その他参考文献 |

（５）事業者から提供された資料

検証の実施にあたり、事業者から次の資料の提供を受けることができた。

| 資料名 |
|---|
| ・「平成 28 年 9 月 5 日」の乳幼児突然死症候群（SIDS）防止リスト |
| ・事業者作成の危機管理マニュアル |
| ・当時の担任保育士及び看護師の職歴 |
| ・平成 28 年度の事業者の年間研修計画 |
| ・平成 28 年 8 月に事業者が実施した救急救命講習の参加者名簿 |

第3章 本事例における課題の抽出と分析

1 課題の抽出・分析にあたっての考え方

保護者から提供を受けた死体検案書において、直接の死因は「不詳」とされている。

一方、死因について、保護者代理人弁護士は、検証委員会に提出された意見書の中で、「現時点で死因の対象となり得るのは、①窒息死と、②乳幼児突然死症候群（以下「SIDS」¹¹という。）であり、警察の捜査等によって、あらたな事実が判明しない限り、上記二つ以外の死因を想定することは困難である。」とし、A君の異常発見時の状況から、「A君は、バスタオルによる鼻腔部閉塞ないし再呼吸による酸素欠乏、うつぶせ寝による胸郭の圧迫、床や寝具等による頭部や体位の動作制限、肥大胸腺による気道圧迫、発熱による意識低下等の要因の全部又は一部が複合的に作用し、窒息したと考えるのがもっとも合理的である。」と述べている。

しかしながら、本報告書作成時点においても、警察による捜査は継続されており、警察からの情報提供は受けられておらず、検証委員会では、直接の死因を把握することができない状況であるため、本事例における死亡事故の直接の要因としては、保護者代理人弁護士が述べている窒息や、疾病又はそれ以外の理由についても、可能性を否定できるものではない。

検証を進めるに当たり、直接の死因を特定することは最も重要であると考えられるが、国の通知¹²では、検証について「明らかな病死であっても、発生前、発生時、発生後の一連のプロセスにおける子どもや周囲の状況、時系列などの対応などを検証し、検証の結果を重大事故の再発防止に役立てていくことが極めて重要である」とされていることから、検証委員会では、本事例の直接の死因に捉われることなく、主に、子どもが午睡時に命を失うようなリスクの排除や、異常事態が発生した際の保育従事者等の適切な行動に着目し、事故当時の聞き取りや、検証委員会が実施したヒアリング、保護者及び事業者から追加で提出された資料に基づき、課題を抽出し、具体的な分析を行った。

¹¹意見書では、「SIDSは、原則として1歳未満の乳児を対象として定義・分類されるものではあるが、便宜上、SIDSの用語を使用する」としている。

¹²平成29年9月11日付内閣府子ども・子育て本部参事官付等事務連絡「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証の徹底について」

2 課題の分析について

(1) 午睡中の保育に関すること

本事例は、午睡中に発生した事故であることから、本施設において、「午睡時に SIDS 対策や窒息リスクの除去が実施されていたか」、「午睡時に十分な保育体制が確保されていたか」に着目し、検証を行った。

①午睡時の SIDS 対策・窒息リスク除去について

平成 28 年 3 月に内閣府により策定された「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時のためのガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)においては、重大事故が発生しやすい場面として、「睡眠中」があげられており、窒息リスクの除去の方法として次の点が示されている。

(窒息リスクの除去の方法)¹³

- ・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寝に寝かせることが重要。何よりも、一人にしないこと、寝かせ方に配慮を行うこと、安全な睡眠環境を整えることは、窒息や誤飲、けがなどの事故を未然に防ぐことにつながる。
- ・やわらかい布団やぬいぐるみ等を使用しない。
- ・ヒモ、またはヒモ状のもの(例：よだれかけのヒモ、ふとんカバーの内側のヒモ、ベッドの周りのコード等)を置かない。
- ・口の中に異物がないか確認する。
- ・ミルクや食べたもの等の嘔吐物がないか確認する。
- ・子どもの数、職員の数に合わせ、定期的に子どもの呼吸・体位・睡眠状態を点検すること等により、呼吸停止等の異常が発生した場合の早期発見、重大事故の予防のための工夫をする。

※他にも窒息のリスクがあることに気づいた場合には、留意点として記録し、施設、事業所内で共有する。

¹³ 内閣府「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時のためのガイドライン」【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け(平成 28 年 3 月) P1

検証の実施にあたり、事業者を確認したところ、本施設においても、他の多くの保育施設で規定されている内容と同様に、「5分間隔で、子どもの側に行き、呼吸の有無、顔色、うつぶせ寝にしないこと、口の中の異物の有無、周りに玩具を置かないこと」等のチェック項目を基本に、午睡時の呼吸等の確認を行っていたとのことであり、事業者が作成した危機管理マニュアルにも、0歳児は5分間隔、1歳児以上は10分間隔で確認を行い、チェックシートに記入するよう定められていた。

また、事故当時、5分間隔の確認は、保育士が保育室の時計を見て確認していたとのことである。

<午睡時の呼吸等の確認>

- 事故当日の午睡チェック表は、警察に押収されており、検証委員会において、事故当日、午睡時の呼吸等の確認がどのように行われていたかを明らかにすることができなかった。

しかしながら、事故当時の午睡時の呼吸等の確認について、保育の状況によっては、実際に子どもの側まで行けずに目視のみでの確認や、子どもがぐずっていた時間帯の記録をチェック表にまとめて記入する等、事業者が基本としていた方法で行われていなかったことが確認されており、また、事故当日も、子どもがぐずった時間帯の記録がチェック表にまとめて記入されていたことが確認されている。

事故当日に0歳児クラス6人のうち3人がぐずっている状況で、5分間隔を部屋の時計で確認しながら、保育士1人で午睡時の呼吸等の確認を確実に実施することは、担任保育士とスタッキングベッドの位置（13ページ参照）が、子ども全員の顔色等を近くで確認できる配置でなかったこともあり、困難な状況であったことがうかがえる。

<仰向け寝の徹底>

- 事故当日のA君の寝姿についても、当日の記録が警察に押収されており確認することはできないが、事故当時の区による聞き取り内容に、「うつぶせ寝」や「横向き」であったとの記録があり、事故当日、少なくとも仰向け寝ではなかった時間帯があり、仰向け寝が徹底されていなかったことがうかがえる。

特別指導検査時の記録等には、事故発生時にA君が横向きであったと記録されているが、一方で、保護者から提供された「死体検案書」、「退院時サマリー」、「東京消防庁への照会事項に対する回答書」に「うつぶせ寝」と記録されていることから、事故発生時にA君がうつぶせ寝であった可能性に

については、否定できない。

<窒息リスクの除去>

- 事故当日の A 君の寝かしつけ方については、子どもに安心感を与えるためという理由で、バスタオルを丸めて抱き枕のようにして抱かせて寝かしつけていたとのことである。また、特別指導検査時の記録に、「タオルに頬が付いていた」と記載されている。

事故当時に区に提出された事業者が定めたマニュアル¹⁴には、SIDS の予防措置として、「タオルケットや布団が近くにはないか確認」と規定されていたが、事故当日は、バスタオルが抱き枕のように使用されていたほか、マット上に固定せず敷かれたバスタオルに頬が付いていた状況も確認されており、事業者が定めたマニュアルの内容が遵守されておらず、国のガイドラインに示されている窒息リスクの除去が十分ではなかった状況がうかがえる。

<保護者と保育士との情報共有について>

- 日頃の園での睡眠や喫食の状況、体調等については、連絡帳などを活用し、保育士と保護者との間で、一定の意思疎通が図られていたことは確認することができた。
- しかしながら、保護者は、タオルを抱き枕のようにして寝かせつけたり、うつぶせで寝ていたりしたことについては、何も聞いていないとのことであった。

また、特別指導検査時の記録にも、「午睡時にタオルを抱き枕にするのは、家庭で行っていたかは不明」とあることから、午睡時の寝かせつけ方等に関しては、保護者と十分に情報共有がされていなかった状況であったことがうかがえる。

②午睡時の十分な保育体制の確保について

重大事故が発生しやすい午睡中においては、特に、保育従事者が園児の身体の状態を細かく観察し、疾病や異常を早く発見し、発見したら、速やかに適切な対応を行う必要がある。観察にあたっては、園児の機嫌、顔色、皮膚の状態、体温、泣き声、全身症状など様々な視点から行う必要があるため、保育の状況に応じて複数職員を配置するなど、十分な保育体制を確保することが重要であ

¹⁴検証にあたって、あらためて提出を受けた当時のマニュアルには、「タオルケットや布団が顔にかからないようにする」と記載されている。

る。

<午睡時間中の保育士配置について>

- 事故当時、本施設の 0 歳児クラスは、担任保育士 2 人体制で運営されていた。午睡の時間帯に保育士が休憩を取るために、事故当日、保育士の休憩中に少なくとも 30 分以上、保育士が 1 人体制で 0 歳児クラスの園児 6 人の対応を行っていたことになる。
- 事故当日、A 君の体調の急変に担任保育士が気づいたとき以降は、他のクラスの保育士等と連携が図られていたが、0 歳児クラスの園児 6 人のうち 3 人がぐずり始めた 14 時 10 分頃以降から事故発生時までの間は、0 歳児クラスの保育に、他の保育従事者の具体的な応援はなかったことがうかがえる。
- このような保育体制においては、園児が寝静まっていれば、国のガイドラインや事業者が定めたマニュアル等を遵守することは可能である。
しかしながら、複数の園児がぐずった場合等では、それらに則って保育を実践することは困難であると想定され、適切な保育を実践するための、十分な保育従事者の配置や保育従事者間の緊密な連携が図られていなかったことがうかがえる。
- 上記のような状況から、午睡時の状況に応じて、複数の保育従事者で保育を行うなどの午睡中に十分な保育体制が確保されていないことが要因で、国のガイドラインや事業者が定めたマニュアル等に規定された午睡時の呼吸等の確認を行うことができず、A 君の体調が急変したことに気づくのが遅れた可能性について、否定することはできない。

(2) 重大事故発生時の適切な対応について

保育所保育指針¹⁵及び保育所保育指針解説¹⁶には、保育中の疾病等への対応について、次のように述べられている。

保育所保育指針

(疾病等への対応)

保育中に体調不良や傷害が発生した場合には、その子どもの状態等に応じて保護者に連絡するとともに、適宜、嘱託医や子どものかかりつけ医等

¹⁵ 厚生労働省「保育所保育指針」(平成 29 年 3 月 31 日)

¹⁶ 厚生労働省「保育所保育指針解説」(平成 30 年 2 月)

と相談し、適切な処置を行うこと。看護師等が配置されている場合には、その専門性を生かした対応を図ること。

保育所保育指針解説

(保育中に体調不良や傷害が発生した場合)

保護者に子どもの状況等を連絡するとともに、適宜、嘱託医やかかりつけ医と相談するなどの対応が必要である。特に、高熱、脱水症、呼吸困難、けいれん痙攣といった子どもの症状の急変や、事故など救急対応が必要な場合には、嘱託医やかかりつけ医又は適切な医療機関に指示を求めたり、受診したりする。また、必要な場合は救急車の出動を要請するなど、状況に応じて迅速に対応する。そのために、子どもの症状に対して、全職員が正しい理解をもち、基本的な対応等について熟知することが求められる。

保育施設における子どもの安全確保のためには、施設に AED や救急用の薬品等を備え置くとともに、保育従事者は、日頃から重大事故の発生に備え、子どもの救命処置に関する知識と実践的な経験を習得していることが重要である。

また、重大事故発生時には、事業者が定める緊急対応マニュアル等の手順に則って保育従事者が迅速かつ適切に行動することが、事故に遭われた子どもの命を救うための最善の手段である。

検証委員会では、重大事故発生時に、「救命処置を始めとした適切な対応を行うことができたか」に着目し、検証を行った。

<本施設における安全対策の実施について>

- 本施設には、看護師 1 人が配置されていた。

- 本施設には、AED (大人・小児兼用) が備え置かれており、日々のステータスインジケータの確認や、月次の点検は行われていた。事故発生時には、看護師が AED を使用しており、心電図の解析が行われ、音声メッセージも流れていたとのことである。

- 事業者が定めたマニュアルには、「緊急時対応」ということで、救命処置の流れのほか、関係各所への連絡方法について規定されていた。
しかし、関係機関への連絡や AED の準備、救命処置等を誰がまず行うべきか等の具体的な役割分担は決められていなかったことがうかがえた。

- 重大事故発生時には、保育現場に混乱が生じ、迅速かつ適切な行動が困難になることも想定される。A君の救急搬送以降、保育現場での指揮に混乱が生じていたことが確認されている。

<適切な救命処置の実施について>

- 担任保育士がA君の異変に気づいた後、担任保育士及び看護師等によって、一定の救命処置が行われたことは、事故当日の区による聞き取りにおいて確認されている。
- 検証委員会で、事故発生時に救命処置が行われた状況に関し、あらためて確認を行ったが、事故から2年以上が経過しており、当時の記憶も曖昧になっていることから、事故発生時の救命処置が適切であったかについては、十分に検証することができなかった。
- 検証委員会において、当時の担任保育士及び看護師は、本施設に勤務する前に、救命処置に関する講習又は訓練を受けていることは確認している。
また、事業者においては、平成28年度の研修計画に基づき、4月に新園長向けの救命講習（社内講師）、7月と8月に、未受講者向けの救命講習（消防署）を実施している。
- 本事例のような重大事故が発生した場合において、保育現場は少なからず混乱した状況になる恐れがあり、そのような状況下において、適切な救命処置を迅速かつ的確に行うには、日頃の実践的な訓練の積み重ねが必要であるが、本施設は開設間もないこともあり、どの程度、実践的な訓練が繰り返し行われていたかを確認することができなかった。

(3) 研修の実施体制について

保育所保育指針には、研修機会の確保及び外部研修の活用について、次のように述べられている。

保育所保育指針

(職員の研修機会の確保等)

施設長は、保育所の全体的な計画や、各職員の研修の必要性等を踏まえて、体系的・計画的な研修機会を確保するとともに、職員の勤務体制の工夫等により、職員が計画的に研修等に参加し、その専門性の向上が図られ

るよう努めなければならない。

(外部研修の活用)

各保育所における保育の課題への的確な対応や、保育士等の専門性の向上を図るためには、職場内での研修に加え、関係機関等による研修の活用が有効的であることから、必要に応じて、こうした外部研修への参加機会が確保されるよう努めなければならない。

保育現場において、子どもの安全を確保し、保育の質を向上させるためには、子どもの発達や保育環境の整備を含めた理解を促すための研修の実施が必須である。研修機会の確保については、保育所保育指針にも事業者の責務として定められており、事業者独自の研修はもとより、区や区の私立保育園園長会においても、保育施設における安全対策を含めた様々な研修が開催されている。

救命講習の重要性は、「(2) 重大事故発生時の適切な対応について」の「適切な救命処置の実施について」において、若干述べているが、検証委員会では、事業者及び本施設において、救命講習を始めとした子どもの安全確保に関する研修を含め、「保育従事者が十分に研修を受講できるような体制が整えられていたか」に着目し、検証を行った。

<本施設における研修の実施状況>

- 事業者から提供された資料によると、平成 28 年度の年間研修計画として、救命処置や保育環境の設定、児童虐待等に関する研修が計画されていた。
- 救命講習については、新園長向けと講習未受講者向けに、年間で 3 回の研修が計画されていた。
また、保育の安全確保については、特別指導検査時の記録に、「園長が他自治体の事故について印刷し、全職員に配布することで注意喚起を図っていた」とある。

<研修の実施及び参加が可能な人員体制について>

- 保育所保育指針には、研修機会の確保として、職員の勤務体制を工夫する等により、職員が計画的に研修に参加できるように努めなければならないとされている。
- 事故当時の本施設の保育従事者数は、保育所の 11 時間開所等に鑑み、区が認可保育所設置・運営事業者を公募する際の条件とした保育士配置基準¹⁷

¹⁷板橋区保育所事業実施要綱（平成 22 年 3 月 25 日区長決定）に基づく保育士配置基準

を、満たしていない状況であった。

(4) 事故検証のあり方について

本事例については、現在も、多くの資料が警察に押収されているとともに、事故発生から 2 年余りが経過してからの検証となったことから、関係者へのヒアリングを実施しても、当時の記憶が曖昧な部分も多く見られ、十分な検証材料を得ることができなかった。

こうした状況の中で、検証委員会では、検証の目的に鑑み、「検証の実施に関わる問題点」、「保護者への事故後の情報提供」、「検証の実施時期」に着目し、検討を行った。

<検証の実施に関わる問題点について>

- 検証委員会の位置付けが法定化されておらず、警察を含めた関係機関から事案に関する資料や情報を得ることができなかったため、十分な検証材料を揃えることができなかった。
- 上記の理由から、検証実施の時期にかかわらず、十分な検証環境が整わない可能性も想定される。
- 本事例は、区が所有する事故直後及び特別指導検査における聞き取り内容の記録と、検証委員会によるヒアリングに基づき検証を行った。
しかし、事故直後及びその後数日間の聞き取りにおいても、本施設では、事故発生時の状況に関するメモ等の記録が取られておらず、記憶に基づいて証言及び報告書の作成がされていたことから、発言者と聞き取りの時点により内容が相違する部分が見られ、事実と異なる内容が含まれている可能性も否定できない。

<保護者への事故後の情報提供について>

- 保護者代理人弁護士からの意見書では、「保護者は、本件事故後、本件事故の原因や再発防止策はもちろん、本件事故の発生状況すら、事業者、行政、捜査機関いずれからも、具体的な説明を受けていない。」と述べられていることから、事業者及び行政から保護者へ、事故の検証を踏まえた情報提供が、十分に行われていたとは言い難い状況であったことがうかがえる。

<検証の実施時期について>

○ 区は、警察に多くの資料が押収されており、十分な検証環境が整っていないことを理由に、検証委員会の立ち上げを見合わせていた。

しかし、平成 29 年 9 月の国の通知¹⁸に基づき、事故から 1 年以上が経過しての検証の実施となったため、関係者へのヒアリングを実施しても記憶が曖昧な部分が多くみられ、明確な事実を確認することが困難であった。

(5) 本施設の職員配置全般について

事故当日の本施設の保育士配置については、都の認可基準上の保育士配置は満たしており、出席児童数に対しても基準以上の保育従事者が保育に従事していたが、区が認可保育所設置・運営事業者を公募する際の条件である保育士配置基準については、満たしていない状況であった。

本事例では、いくつかの保育の場面で、事業者が定めたマニュアルに則った保育が実践されていない事例があることが確認されている。検証を行った「午睡中の保育」、「重大事故発生時の適切な対応」に関しては、十分な保育従事者が配置されていないことによる課題もうかがえることから、保育施設における子どもの安全を確保するためには、十分に保育従事者を配置することが最も重要であると考ええる。

また、保育施設の業務量の増加や職員の休暇や休憩時間を加味すると、上記の課題を解決するためには、国が定める最低基準の保育士配置では明らかに不足しており、自治体が独自の補助を行うことで保育士の増配置を事業者に求めていたり、事業者独自で、定められた基準以上の保育士を確保していたりする実態があることが確認された。

¹⁸ 平成 29 年 9 月 11 日付内閣府子ども・子育て本部参事官付等事務連絡「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証の徹底について」

第4章 重大事故再発防止策の提言

1 行政に対する提言

本事例における課題の分析を踏まえ、保育施設における重大事故の再発防止策について、国、都及び区に対し、以下の提言を行う。

(1) 午睡時の保育に関する提言

午睡中の保育に関する留意事項は、既に、国のガイドラインや通知等において示されており、一定、保育現場にも周知されているところではあるが、十分に徹底されておらず、保育施設における午睡中の死亡事故が後を絶たない状況にある。

保育施設における午睡中の死亡事故を未然に防ぐために、自治体や保育施設に対して、午睡中の保育に関する留意事項等をあらためて周知徹底することが必要と考える。

提言 1

うつぶせ寝の危険性など睡眠時の保育に関する留意事項をあらためて周知し、睡眠時の呼吸等の確認について、その手法を明示すること

○国は、保育施設が、より安全に睡眠時の保育を実践できるよう、これまでの自治体における事故の事例に対する見解を踏まえ、睡眠時の保育における手法と留意事項をあらためて明示すること。

○都、区は、睡眠時の保育におけるマニュアルや、午睡時の呼吸等の確認のための書式など、保育施設が安全に睡眠時の保育を実践するために必要な手法を、保育施設に対し積極的に情報提供すること。

(2) 重大事故発生時の適切な対応に関する提言

保育施設で重大事故が発生した際、緊急時の対応がマニュアル等に定められている場合においても、現場の動揺や混乱により、適切な対応が困難となることも想定される。

重大事故発生時及び発生後に、適切に対処するためには、保育施設における研修や訓練はもとより、行政による指導や助言が担う役割が大きいと考える。

提言 2

重大事故発生時及び発生後の対応について、保育施設と連携し、必要な指導、助言を行うこと

- 区は、保育施設における重大事故発生時の対処方法について、定期的に、実践的な手法等の指導、助言ができる体制を構築すること。
- 区は、重大事故が発生した場合においては、事故現場の保存や必要な記録の作成などを含め、保育施設と連携し対応すること。

(3) 研修に関する提言

子どもの安全を確保するためには、保育従事者が、救命処置を始めとした子どもの安全に関する実践的な訓練や研修を繰り返し行うことが重要であり、その実施にあたっては、事業者や保育施設に対する行政の支援が必要である。

提言 3

緊急時対応や救命訓練など、子どもの安全に関する研修機会の充実を図ること

- 区は、保育従事者が、子どもの安全に関する研修を十分に受講できるよう、区が実施する研修の実施回数や実施時間帯の工夫、研修講師の派遣など、具体的な支援策を講じること。

(4) 事故検証のあり方に関する提言

本事例は、事故から1年以上が経過してからの検証となったが、関係者の記憶が風化することや、類似の事故の再発防止が検証の主旨であることに鑑みると、事故発生後、速やかに検証が行われることが望ましい。

また、重大事故が発生した場合、被害に遭われた児童の保護者への情報提供が適切に行われることが重要である。

提言 4

重大事故が発生した場合に、速やかに検証が行える仕組みを構築すること

- 区は、事故の要因や警察の捜査状況にかかわらず、事故発生後、速やかに検証を実施すること。
- 区は、検証委員会を常設とするなど、重大事故の発生時に速やかに情報収集等が行える体制を構築すること。

提言 5

検証に必要な情報が、容易に入手できる仕組みの検討、構築を図ること

- 国は、自治体が検証を行うために必要な情報を、警察等から容易に入手できる仕組みの検討、構築を図ること。
- 区は、重大事故が発生した場合に、映像やメモなど客観的な検証材料を確保するために必要な環境整備や技術的手法について、保育施設に対する支援策を講じること。

提言 6

重大事故の被害に遭われた児童の保護者への情報提供が、適切に行われる仕組みを構築すること

- 区は、事業者及び保育施設と協力し、重大事故が発生した場合、事故の経緯や検証実施の有無を含め、被害に遭われた児童の保護者へ丁寧に説明すること。

(5) 職員配置や職員体制に関する提言

保育施設においては、午睡時の呼吸等の確認やプール遊びの際の監視の徹底、多様化する保護者対応などにより、保育士の業務量は増加し、負担感が増している。このような状況において、子どもの安全を確保するためには、保育施設に十分な保育士が配置されていることが最も重要である。

都市部を中心とした深刻な保育士不足のなか、行政により、保育人材を確保するための様々な財政支援等が行われているが、一部の保育施設では、安全に保育を行うための十分な保育士配置がされていない状況である。

提言 7

保育士の年齢別配置基準の見直しを行うこと

- 国、都は、現在の保育現場の業務量や労働環境などに鑑み、保育士の年齢別配置基準の見直しを行うこと。
- 区は、機会を捉え、国や都に対し、保育士の年齢別配置基準の見直しを要請すること。

提言 8

保育人材を確保するための施策の充実に努めること

○国、都、区は、保育施設に十分な保育士が配置されるよう、保育士確保のための財政支援策を一層手厚くするなど、保育人材を確保するための施策の充実に努めること。

(6) その他の提言

待機児童対策として、多くの保育施設の整備が進められる中で、保育の質を確保していくことは喫緊の課題である。

保育施設における重大事故の発生を未然に防止し、保育の質を確保するためには、今回の提言が実現されるとともに、提言に基づく保育の実施方法について、継続的な指導や助言が不可欠である。

提言 9

日頃の施設の運営及び保育の状況を把握し、保育施設に対して迅速かつ丁寧な指導、助言できる体制の構築を図ること

○区は、施設の運営及び保育の状況を把握するとともに、指導検査のほか、保育施設に対して迅速かつ丁寧な指導、助言、相談できる体制の構築を図ること。

○区は、園運営が安定していない新規開設園に対して、開設後速やかに運営状況を確認し、必要な指導、助言ができる体制の構築を図ること。

提言 10

保育の質を確保するため、保育施設における子どもの安全面の向上に努めること

○区は、認可保育所設置・運営事業者の選定や、施設の開設後に指導や助言を行う際に、これまで以上に子どもの安全面を重視し、保育の質の確保に努めること。

2 事業者及び保育施設に対する提言

本事例における課題の分析を踏まえ、保育施設における重大事故の再発防止策について、保育施設の設置運営事業者及び保育施設に対し、以下の提言を行う。

(1) 午睡時の保育に関する提言

保育施設における午睡中の死亡事故をなくすためには、保育施設において、国のガイドラインや事業者が作成したマニュアル等の遵守が求められる。

提言 1

うつぶせ寝の危険性など睡眠時における必要な知識を再認識し、睡眠時の呼吸等の確認については、国のガイドラインや事業者のマニュアル等に則って適切に行うこと

- うつぶせ寝の危険性を認識し、医師等が仰向け寝以外を推奨する場合を除いては、仰向け寝を徹底すること。
- 寝返りが困難な乳児は、うつぶせ寝による窒息などの異常発生時に、自力で体勢を変えることが困難となる可能性もあるため、固めの寝具を使用するなど、寝具の安全性にも配慮し、日頃の点検を怠らないこと。
- タオルやぬいぐるみ等は、子どもの口を塞ぎ、窒息の要因となる可能性があることから、午睡時に顔の周りには置かないよう徹底すること。
- 保育従事者は、事業者が定めたマニュアル等が子どもの命を守るものだと認識し、遵守すること。

提言 2

午睡時の呼吸等の確認が確実にできる保育環境を整えること

- 午睡時の呼吸等の確認にあたり、子どもの体調等に異常が生じた場合においても早期に発見できるように、子どもが見渡せる位置に保育士を配置する、複数名で保育を行う、保育士間やクラス間の連携を緊密にするなど、午睡時の保育環境を整備すること。

提言 3

重大事故が発生しやすい睡眠中の保育について、その寝かしつけ方や日頃の様子などについては、十分に家庭と連携を図ること

○午睡に関しては、特に喫食状況や健康状態と同様に、保育士と保護者との間での情報共有を綿密にし、保護者から提供された情報は、保育従事者間においても十分に共有すること。

(2) 重大事故発生時の適切な対応に関する提言

保育施設において、国のガイドラインや通知、事業者が作成したマニュアル等を遵守することは、重大事故の予防や子どもの事故の早期発見につながると考える。

そのため、事業者及び保育施設には、ガイドラインやマニュアル等に規定された保育内容を、保育現場で確実に実践することが求められる。

提言 4

重大事故発生時の対応マニュアルを作成し、マニュアルに基づいた訓練を実施すること

○事業者は、重大事故の発生時はもとより、事故発生後の対応を含むマニュアルを作成し、保育施設では、マニュアルを実効性があるものとするため、あらかじめ職種や職員数に応じた役割分担を決めておくこと。

○保育従事者は、重大事故発生時に決められた役割を果たせるよう、役割分担に応じた実践的な訓練を繰り返し行うこと。

(3) 研修に関する提言

安心、安全な保育を行う上で、子どもの発達や保育環境の整備を含め、保育従事者の理解を促すための研修の実施は不可欠である。

なかでも、緊急時の対応に関する研修は、子どもの命に直結するものであることから、事業者は、保育従事者が緊急時の対応について必要な知識と技術を、実践的に学べる機会を十分に確保する必要がある。

提言 5

救命処置を始めとした緊急時の対応については、実践的な訓練及び研修を行う機会を十分に確保すること

- 事業者は、保育従事者が、内部での研修はもとより外部研修にも積極的に参加できるよう、十分な職員配置を行い、救命処置を始めとした緊急時の対応について、責任を持って研修及び訓練を行うこと。
- 保育施設においては、リスクマネジメントに関わる会議を定期的を開催し、ヒヤリ・ハットの内容を振り返るなど、日頃から安全な保育の実施に努めるとともに、その内容をマニュアルに反映させるなど、職員間で共有できる体制を構築すること。

(4) 事故検証のあり方に関する提言

事故原因の究明や再発防止策の検討においては、事故に関して、できるだけ多くの客観的資料が残されていることが望ましいと考える。

提言 6

事業者及び保育施設は、重大事故が発生した場合において、現場保存を含め、できるだけ客観的な資料の作成に努めること

- 事故原因の究明や再発防止策の検討においては、事故発生時に何が起きていたのかが重要であることから、事故発生時の状況を、映像や写真、メモなどに可能な限り記録として残すこと。
- 事故発生後、関係者の記憶は変化し風化することから、事業者が聞き取り調査を行った内容は保育従事者等の対象者に確認を取り、署名をもらうなど、客観的な記録の作成に努めること。

提言 7

事業者は、保育施設における重大事故の発生に対し、施設運営者としての責任を果たすこと

- 重大事故が発生した場合において、行政による事故検証とは別に、事業者自ら検証し再発防止策を徹底するとともに、事故に遭われた児童の保護者に対しては、その経過及び結果について、丁寧に説明を行うこと。

(5) 職員配置や職員体制に関する提言

保育施設において子どもの安全を確保するためには、施設に十分な保育士が配置されていることが最も重要である。

事業者は、保育施設の設置者として、保育施設に十分な保育士配置がされるよう、保育士の積極的な採用に努めるとともに、職員の相談体制を強化するなどにより、離職防止にも努めなければならない。

提言 8

業務内容や労働環境に応じた職員配置を行うこと

○事業者は、区が求める配置基準はもとより、施設の業務内容や、職員の休憩、休暇、安全に保育運営が可能となるシフト体制などの労働環境に応じた十分な職員配置を行うこと。

(6) その他の提言

提言 9

事業者は、保育施設における保育内容を常に把握するとともに、必要に応じて適切な指導を行うなど、責務を果たすこと

○事業者は、施設長の採用、任命、育成に責任を持つとともに、施設における保育の実践については、保育施設の現場任せにすることなく、責任を持ってその内容の把握に努めること。

○事業者は、事業者と保育施設、保育施設の職員間の連携を図るために、必要に応じて適切な指導や助言、相談体制の整備を行うこと。

参 考 資 料

- 資料1 教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について
- 資料2 教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証の徹底について
- 資料3 板橋区保育施設等における事故検証委員会設置要綱

府子本第 191 号
27 文科初第 1788 号
雇児総発 0331 第 6 号
雇児職発 0331 第 1 号
雇児福発 0331 第 2 号
雇児保発 0331 第 2 号
平成 28 年 3 月 31 日

各 都 道 府 県 民 生 主 管 部 (局) 長
各 都 道 府 県 児 童 福 祉 主 管 部 (局) 長
各 都 道 府 県 私 立 学 校 主 管 部 (局) 長
各 都 道 府 県 教 育 委 員 会 幼 稚 園 関 係 事 務 主 管 部 課 長 殿
各 都 道 府 県 認 定 こ ど も 園 担 当 課 長
各 都 道 府 県 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 長
各 指 定 都 市 ・ 中 核 市 民 生 主 管 部 (局) 長
各 指 定 都 市 ・ 中 核 市 児 童 福 祉 主 管 部 (局) 長
各 指 定 都 市 ・ 中 核 市 認 定 こ ど も 園 担 当 課 長
各 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 長

内 閣 府 子 ど も ・ 子 育 て 本 部 参 事 官
(子 ど も ・ 子 育 て 支 援 担 当)

(印 影 印 刷)

内 閣 府 子 ど も ・ 子 育 て 本 部 参 事 官
(認 定 こ ど も 園 担 当)

(印 影 印 刷)

文部科学省初等中等教育局幼児教育課長

(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長

(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局職業家庭両立課長

(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課長

(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長

(印影印刷)

教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について

子ども・子育て支援新制度において、特定教育・保育施設及び特定地域型保育

事業者は、事故の発生又は再発を防止するための措置及び事故が発生した場合に市町村、家族等に対する連絡等の措置を講ずることとされている。このことを踏まえ、第16回子ども・子育て会議（平成26年6月30日開催）において、行政による再発防止に関する取組の在り方等について検討すべきとされた。

これを受け、平成26年9月8日「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」が設置され、昨年12月に重大事故の発生防止のための今後の取組みについて最終取りまとめが行われたところである。

この取りまとめでは、死亡事故等の重大事故の発生前、発生時、発生後の一連のプロセスにおける子どもや周囲の状況、時系列の対応などを検証し、検証の結果を重大事故の再発防止に役立てていくことが極めて重要であることから、地方自治体において検証を実施するよう提言を受けた。

今般、この取りまとめを踏まえ、地方自治体が行う死亡事故等の重大事故の検証の参考となるよう、検証を実施する際の基本的な考え方、検証の進め方等を別紙のとおり定め、平成28年4月1日から取り扱うこととしたので通知する。

今後、地方自治体において、本通知に基づき教育・保育施設等における子どもの死亡事故等の重大事故の検証が行われることにより、重大事故の再発防止に関する取組の進展が期待されるものである。

については、管内の市町村（特別区を含む。）、関係機関及び施設・事業者等に周知いただくとともに、その運用に遺漏のないようお願いする。

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項に規定する技術的助言として発出するものであることを申し添える。

別紙

地方自治体による教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について

第1 基本的な考え方

1 目的

検証は、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業、認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業（以下「教育・保育施設等」という。）における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するために行う。

2 実施主体

(1) 検証の実施主体

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

(2) 都道府県と市町村の連携

市町村が検証を実施する場合には、都道府県が支援を行う。また、都道府県が検証を実施する場合、市町村は協力することとし、検証の実施は、都道府県と市町村が連携して行うものとする。

なお、都道府県が行う市町村に対する支援の例として、

- ① 認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業の検証を行うこととなる都道府県において、あらかじめ検証組織の委員候補者として適当な有識者（例えば、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等）をリストアップしておき、市町村が実際に検証組織を設ける際に、必要に応じ、当該リストの有識者から都道府県が委員を紹介する。
- ② 都道府県内における検証事例の蓄積を行い、実際に検証を行う際に技術的援助を行う。
- ③ 定期的に行っている認可権に基づく指導監査の状況についての情報提供や、当該権限を根拠とした当該事故についての資料収集、事実確認への協力を行う。

- ④ 検証組織について、必要に応じ、オブザーバー参加や共同事務局となるなどの協力を検討する。
- ⑤ これらを円滑に進めるため、都道府県と市町村の間で、市町村が集まる会議や個別の市町村との連絡会議などにおいて、あらかじめ協議をすることなどが考えられる。

3 検証の対象範囲

死亡事故（注）の検証については、事例ごとに行う。

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

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

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

4 検証組織及び検証委員の構成

（1）検証組織

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

（2）検証委員の構成

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

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

5 検証委員会の開催

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

なお、検証については、事故発生の実態把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するものであり、関係者の処罰を目的とするものではないことを明確にする。

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

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

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

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

6 報告等

- (1) 検証委員会は、検証結果とともに、再発防止のための提言をまとめ、都道府県又は市町村に報告する。
- (2) 都道府県又は市町村は、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、原則として、検証委員会から提出された報告書を公表することとし、国へも報告書を提出する。あわせて、速やかに報告書の提言を踏まえた具体的な措置を講じ、各施設・事業者等に対しても具体的な措置を講じることを求める。また、都道府県又は市町村は、講じた措置及びその実施状況について自ら適時適切に点検・評価し、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても適時適切に点検・評価する。
- (3) 都道府県又は市町村は、検証委員会の報告を踏まえ、必要に応じ、関係機関、関係者に対し指導を行う。

第2 具体的な検証の進め方

1 事前準備

(1) 情報収集

検証の対象事例について、事務局は都道府県又は市町村に提出された事故報告等を通じて、下記の①から⑨の事項に関する情報収集を行う。この場合、事務局は、必要に応じて施設や事業者等からヒアリングを行う。市町村が実施する場合は都道府県の協力を得て行う。

- ① 子どもの事故当日の健康状態など、体調に関すること等（事例によっては、家族の健康状態、事故発生の数日前の健康状態、施設や事業の利用開始時の健康状態の情報等）
- ② 死亡事故等の重大事故に至った経緯
- ③ 都道府県又は市町村の指導監査の状況等
- ④ 事故予防指針の整備、研修の実施、職員配置等に関すること（ソフト面）
- ⑤ 設備、遊具の状況などに関すること（ハード面）
- ⑥ 教育・保育等が行われていた状況に関すること（環境面）
- ⑦ 担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士等の状況に関すること（人的面）
- ⑧ 事故発生後の対応（各施設・事業者等及び行政の対応）
- ⑨ 事故が発生した場所の見取り図、写真、ビデオ等

(2) 資料準備

- ① 「(1) 情報収集」で収集した情報に基づき、事実関係を時系列にまとめ、上記(1)の内容を含む「事例の概要」を作成する。「事例の概要」には、その後、明らかになった事実を随時追記していき、基礎資料とする。
- ② 当該施設・事業所等の体制等に関する以下のアからオの内容を含む資料を作成する。
 - ア 当該施設・事業所等の組織図
 - イ 職種別職員数
 - ウ 利用子ども数
 - エ クラス編成等の教育・保育体制等
 - オ その他必要な資料
- ③ 検証の方法、スケジュールについて計画を立て資料を作成する。
- ④ その他(検証委員会の設置要綱、委員名簿、報道記事等)の資料を準備する。

2 事例の内容把握

会議初回には、その目的が再発防止策を検討するためのものであり、関係者の処罰を目的とするものでないことを検証委員全員で確認した上で、検証の対象となる事例の内容を以下の項目に留意し、把握する。

(1) 確認事項

- ① 検証の目的
- ② 検証方法（関係者ごとのヒアリング、現地調査等による事実関係の確認、問題点・課題の抽出、問題点・課題に関する提案事項の検討、報告書の作成等）
- ③ 検証スケジュール

(2) 事例の内容把握

- ① 事前に収集された情報から事例の概要を把握する。
- ② 疑問点や不明な点を整理する。

3 問題点・課題の抽出

事例の事実関係が明確になった段階で、それを基に、なぜ検証対象の死亡事故等の重大事故が発生したのか、本事例が発生した背景、対応方法、組織の体制、その他の問題点・課題を抽出し、再発防止につなげる。抽出の過程で、さらに事実関係を明確化する必要がある場合、事務局又は検証委員会によるヒアリングや現地調査等を実施する。

この作業を徹底して行うことが、その後の具体的な提言につながることから、特に時間をかけて検討を行うとともに、検討に当たっては、客観的な事実、データに基づき建設的な議論を行うことが期待される。

4 検証委員会における提言

事例が発生した背景、対応方法、組織上の問題等、抽出された問題点・課題を踏まえ、その解決に向けて実行可能性を勘案しつつ、具体的な対策を講ずべき主体ごとに提言を行う。

なお、各施設・事業者等の対応など早急に改善策を講じる必要がある場合、検証の経過において、まず早急に講ずべき改善策について提言を行うことを考える必要がある。

その際、提言を受けた都道府県、市町村及び各施設・事業者等は、検証の全体の終結を待たずにできるだけ早急に具体的な措置を講じることも考える必要がある。

5 報告書

(1) 報告書の作成

① 事務局は、報告書に盛り込むべき以下のアからケの内容例を参考に、それまでの検証組織における審議結果を踏まえ報告書の素案を作成する。

ア 検証の目的

イ 検証の方法

ウ 事例の概要

エ 明らかとなった問題点や課題

オ 問題点や課題に対する提案（提言）

カ 今後の課題

キ 会議開催経過

ク 検証組織の委員名簿

ケ 参考資料

② 報告書の内容を検討、精査する。

③ 検証組織は報告書を取りまとめ、都道府県又は市町村に提出する。

(2) 公表

各施設・事業所等における死亡事故等の重大事故について検証を行うことは、その後の事故の再発防止に密接に関連するものであり、事故に遭った子どもや保護者の意向にも配慮しつつ、原則として検証結果は公表すべきである。公表に当たっては、個人が特定される情報は削除する等、プライバシーの保護について十分配慮する。なお、公表の際には国に報告書を提出する。

(3) 提言を受けての具体的な措置等

都道府県又は市町村は、報告書の提言を受けて、速やかに具体的な措置を講じるとともに、講じた措置及びその実施状況について自ら適時適切に点検・評価する。また、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても、都道府県又は市町村が適時適切に点検・評価する。

第3 検証に係る指導監査等の実施について

(1) 死亡事故等の重大事故が発生した場合の指導監査等について

死亡事故等の重大事故が発生した場合、必要に応じて事前通告なく、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（平成18年法律第77号。以下「認定こども園法」という。）に基づく指導監査、児童福祉法に基づく指導監査及び指導監督、子ども・子育て支援法に基づく指導監査（以下「指導監査等」という。）を実施する。また、指導監査等の実施については、以下の表を参照すること。

○指導監査等の対象となる施設・事業、実施主体、根拠法及び監査指針等

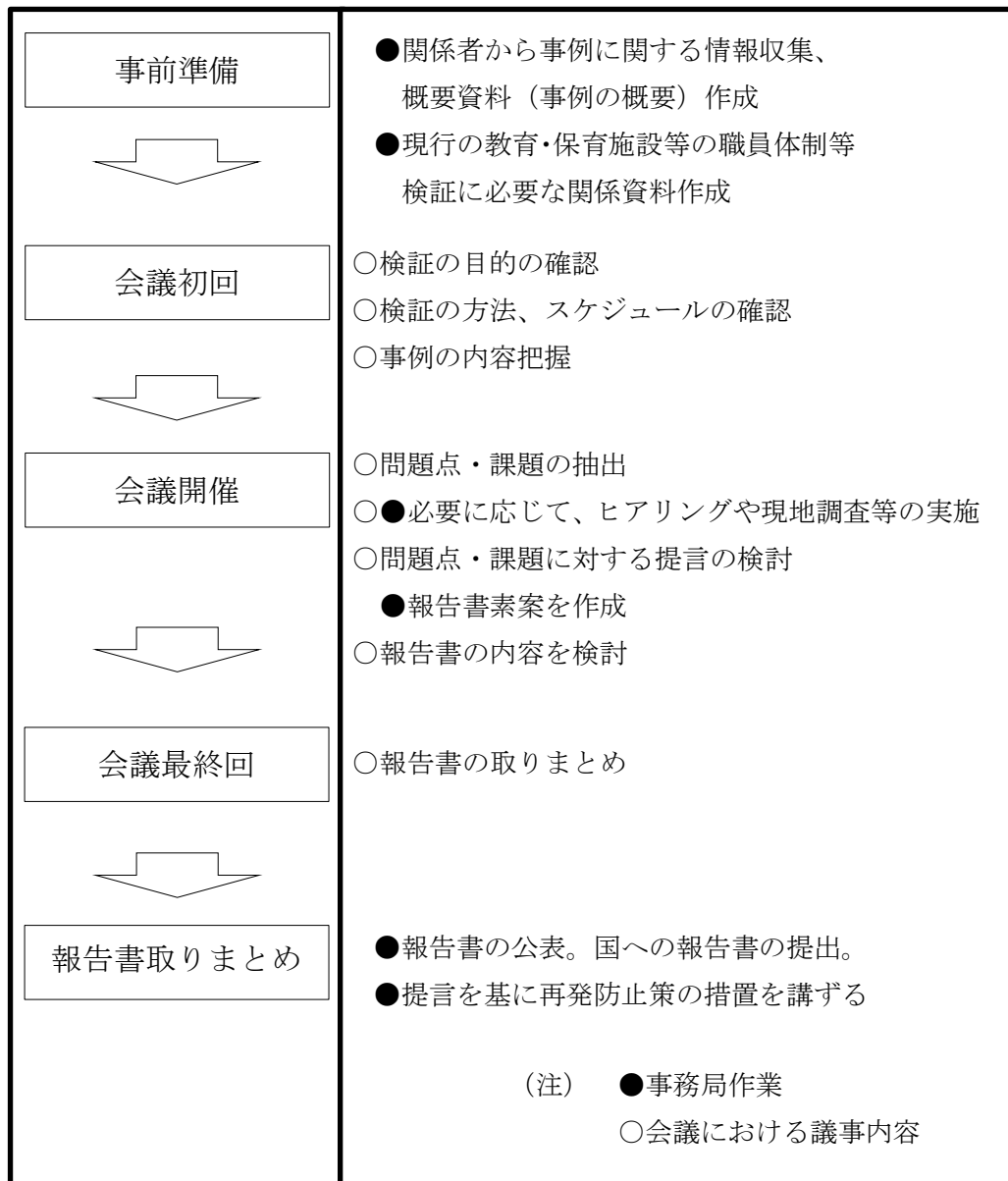
| 施設・事業 | 指導監査等の実施主体 | 根拠法 | 監査指針等 |
|----------------------------|---------------------|--------------------|---|
| ・特定教育・保育施設 ・特定地域型保育事業 | 市町村 | 子ども ・子育て 支援法 | 子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等の指導監査について（平成27年12月7日府子本第390号、27文科初第1135号、雇児発1207第2号） |
| 幼保連携型認定こども園（*） | 都道府県 指定都市 中核市 | 認定 こども 園法 | 「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律に基づく幼保連携型認定こども園に対する指導監査について」（平成27年12月7日府子本第373号、27文科初第1136号、雇児発1207第1号） |
| 保育所（*） | 都道府県 指定都市 中核市 | 児童 福祉法 | 「児童福祉行政指導監査の実施について」（平成12年4月25日雇児発第471号） |
| 地域型保育事業（*） | 市町村 | 児童 福祉法 | 「児童福祉法に基づく家庭的保育事業等の指導監査について」（平成27年12月24日雇児発1224第2号） |
| ・認可外保育施設 ・認可外の居宅訪問型保育事業 | 都道府県 指定都市 中核市 | 児童 福祉法 | 「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」（平成13年3月29日雇児発第177号） |

* なお、上記の表のうち、幼保連携型認定こども園及び保育所については、都道府県と市町村の双方が指導監査等を実施することになるが、この場合、都道府県と市町村は互いに連携して指導監査等を実施する。

- (2) 第2の1(1)の情報収集については、死亡事故等の重大事故の発生前までに実施した指導監査等の状況及び当該事故に係る指導監査等の結果を活用し、事実関係を整理する。
- (3) 死亡事故等の重大事故が発生した各施設・事業に対する当該事故後の指導監査等においては、当該事故と同様の事故の再発防止策がとられているか等、検証結果を踏まえた措置等についても確認すること。

(参考) 検証の進め方の例

検証は、下記の図のような流れで実施する。



事務連絡
平成29年9月11日

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

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

教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証の徹底
について

特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業において、死亡事故等の重大事故が発生した場合には、「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」（平成28年3月31日内閣府子ども・子育て本部参事官、文部科学省初等中等教育局幼児教育課長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、同職業課程両立課長、家庭福祉課長、保育課長連名通知）に基づき、死亡事故等の重大事故の検証を実施していただいているところですが、一部の自治体においては検証が進んでいない状況が見受けられます。

また、「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議」においても、検証の周知徹底について指摘があったところです。

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

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

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

板橋区保育施設等における事故検証委員会設置要綱

平成30年3月22日区長決定

(目的)

第1条 板橋区の区域内の保育施設等における子どもの死亡事故及び重篤な傷病を負う事故（以下「重大事故」という。）について、事実関係の把握を行い、重大事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討し、提言を行うことを目的として、板橋区保育施設等における事故検証委員会（以下「検証委員会」という。）を設置する。

(定義)

第2条 この要綱において、「保育施設等」とは、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）第27条第1項に規定する特定教育・保育施設及び同法第29条第3項第1号に規定する特定地域型保育事業所をいう。

(所掌事務)

第3条 検証委員会は、第1条の目的を達成するため、板橋区長（以下「区長」という。）の諮問に対し、次に掲げる事項について調査・審議する。

- (1) 重大事故の経過に関すること。
- (2) 重大事故の原因の究明及び再発防止に関すること。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、第1条に規定する設置目的を達成するために必要と認められること。

(構成)

第4条 検証委員会の委員は、保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある有識者で構成し、区長が委嘱する。

- 2 委員の定数は、5名以内とする。
- 3 重大事故の関係者又はこれらの者と直接の人的関係若しくは特別の利害関係を有する者については、委員となることができない。

(委員の任期)

第5条 検証委員会の委員の任期は、委嘱の日から第3条の諮問に対する最終的な答申を行う日までとする。

(委員長及び副委員長)

第6条 検証委員会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長及び副委員長は、検証委員会に属する委員が互選する。
- 3 委員長は、検証委員会の事務を総理し、委員会を代表する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐する。委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を代理する。

(召集等)

第7条 検証委員会は、委員長が召集する。ただし、委員長が選出されていないときは、区長が会議を招集する。

2 委員長は、必要に応じて検証委員会に委員以外の者の出席を求め、又は他の方法で意見を聴くことができる。

3 委員長は、委員定数の半数以上の出席がなければ検証委員会を開くことができない。

4 議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(会議の公開等)

第8条 検証委員会は、個人情報保護の観点から、非公開とする。

(守秘義務)

第9条 委員は正当な理由なく、その職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(事務局)

第10条 検証委員会の庶務は、子ども家庭部子育て支援施設課において処理する。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、検証委員会の運営に関して必要な事項は、子ども家庭部長が別に定める。

附則

この要綱は、区長決定の日から施行する。