

東京都教育・保育施設等における重大事故の 再発防止のための事後的検証委員会報告書

事業所内保育施設で午睡時にうつぶせ寝で寝かされた1歳児の死亡事故
から私たちが学ぶ、1歳児の保育と低年齢児に対する丁寧な保育の大切さ
について

平成29年3月8日

東京都教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会

－ 東京都教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための
事後的検証委員会報告書 －

目 次

はじめに	1
第一章 検証の目的及び方法	3
（１）検証の目的	3
（２）検証委員会の設置及び開催方法	3
（３）検証委員会の開催と関係者等からのヒアリングの実施	4
第二章 事例の概要・経緯	5
（１）事例の概要	5
（２）事故発生時の状況	7
（ア）事業者から都に提出された事故報告書	7
（イ）都の立入調査時における保育従事職員からの聞き取り内容	8
（ウ）保護者からヒアリングした事故発生時の状況など	10
（３）都の指導監督の状況	11
（４）その他の認識すべき事実	13
（ア）死因について	13
（イ）事故に遭われた児童や保護者の状況について	14
第三章 本事例から明らかとなった問題点や課題	15
（１）総括	15
（２）各論	15
（ア）保育に関すること	15
（イ）午睡対応に関すること	18
（ウ）重大事故発生時の迅速な応急処置に関すること	20
（エ）保育事業者の職員の資質向上を図る取組に関すること	20
（オ）事業所内保育施設に関すること	21
（３）行政による指導体制に関する問題点や課題	22

第四章 より良い保育の実現に向けた提言	24
(1) 国、都、区市町村が取り組む課題	24
(ア) 1歳児の保育・丁寧な保育の重要性について	24
(イ) 午睡時におけるうつぶせ寝の取扱いについて	25
(ウ) 低年齢児保育に対するガイドラインや研修の実施について	25
(エ) 認可外保育施設に対する巡回指導の強化及び情報の公表について	26
(オ) 事業所内保育施設を運営する事業者への指導について	26
(カ) 重大事故発生時に対応できる訓練の実施について	27
(キ) 保育士養成施設における育成について	27
(ク) あらゆる保育の現場において保育の専門性を高める取組について	27
(ケ) 検証委員会について	27
(2) 委託元企業及び委託先保育事業者に対して	28
(ア) 安心できる保育の提供について	28

参考資料

- 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」
(平成28年3月31日国通知)
- 2 「東京都教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会設置要綱」(平成28年5月24日 東京都福祉保健局)
- 3 事故に遭われた児童の保護者からの意見書・要望書(2016年6月29日)
- 4 事業者から事故に遭われた児童の保護者への事故説明書
- 5 事故に遭われた児童の保護者及び代理人弁護士からの意見書(2016年6月29日)
- 6 事故に遭われた児童の保護者からの意見書(2016年9月9日)

はじめに

事業所内保育施設で午睡時にうつぶせ寝で寝かされた1歳児の死亡事故から私たちが学ぶ、1歳児の保育と低年齢児に対する丁寧な保育の大切さについて

- 教育・保育施設等で発生した死亡事故等の重大事故に関して、関係府省連名による通知「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」が平成28年3月31日付で発出され、その中で認可外保育施設は都道府県が、特定教育・保育施設や特定地域型保育事業等は区市町村が検証を行い、国は自治体からの検証報告を踏まえて再発防止策を検討するなどの基本的な考え方等が示されました。
- こうした国の動きを踏まえて、東京都において、「東京都教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会」が設置され、平成28年5月31日、第一回検証委員会が開催されました。
- 毎年、何人かのお子さんが遺憾ながらも保育所において亡くなられておりますが、法人単位、施設単位では、死亡事故などの重大事故の経験はほとんどないのが実態です。一方、当事者である保護者になると、朝、元気に「行ってくるね」と預けたわが子が、戻ってきたときにはもう亡くなっていたという大変悲しい出来事として、全く納得出来ないという感情が残ったままになる、そうしたことは容易に想像が出来ます。
- 人の命が亡くなってしまうということ、命をお預かりしているにも関わらず、このような事態が起こってしまうということは、誰にとっても、言葉にならないような辛い体験になってしまいます。そういうことがなぜ防げなかったのかということ突き詰めて考えていくと、日本の保育のあり方全てに直面する問題となってくると思います。
- 全国の認可外保育施設のうちの2割近くが集中している東京都において、本検証委員会でそういう事例をきちんと検証するということは、日本の保育の質を改善していくことに繋がっていくことになると思います。また、そういう検証でなければ意味は無いと考えております。
- そのような考え方のもと、本検証委員会では、保育の質を改善することまできちんと提言していけるよう、丁寧に検証を進めて参りました。

- 本検証委員会の提言は、二度と事故を繰り返さないためにも、また、保育の質を確保し、向上させていくためにも、重要な意味を有しているといえます。
- 本報告書の内容を踏まえ、国や自治体はもとより、保育に関わる全ての人々が再発防止策の徹底に全力を挙げて実現に努めることを切に願うとともに、こうした検証が全国各地で進められることで、死亡事故等の重大事故がゼロになるための取り組みが一層充実され、保育所全体の質が向上するとともに、児童の安全が確保されることを強く期待いたします。

東京都教育・保育施設等における重大事故の
再発防止のための事後的検証委員会

委員長 汐見 稔幸

第一章 検証の目的及び方法

(1) 検証の目的

- 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。
- 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ためのものであり、関係者の処罰を目的とするものではない。

(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
(平成28年3月31日付府子本第191号等))

(2) 検証委員会の設置及び開催方法

- 全国の認可外保育施設における死亡事故の報告件数は、平成27年1月から12月の間で10件(保育施設全体では14件)、東京都内では0件であったが、平成28年1月から12月の間は、東京都内の認可外保育施設で2件発生している。
- 都道府県別に検証を行うには年間の事故件数が少なく、死亡事故に至る背景には様々な要因が重なり合うことから、検証作業を進めるためには、ある程度時間をかけて一定の経験を積み重ねていく必要がある。
- そのため、2年間の任期を設け、保育・教育分野の学識経験者や地域小児医療の医師、弁護士、豊富な現場経験を持つ施設関係者などで構成する検証委員会を設置し、複数の事案を検証することができる体制を構築した。
- また、保育施設における重大事故は、成長発達段階にある就学前児童を対象に、死因や事故に至るプロセスなどが個々の事案ごとに様々であることから、より専門的な知見が必要な場合は、検証委員会が必要とする専門家からのヒアリングも実施することとした。
- 今回取り上げた事例は、午睡中のうつぶせ寝の事故ということから、乳幼児突然死症候群(以下「SIDS」という。)やチャイルドデスレビューなどを研究する複数の専門家からのヒアリングも合わせて実施しながら、慎重に検証を行った。
- なお、各委員や関係者ヒアリングなどにより、様々な角度から闊達な議論を踏まえた検証を行うことや、プライバシー保護の観点を勘案し、検証委員会を非公開とした。

(3) 検証委員会の開催と関係者等からのヒアリングの実施

検証委員会及び関係者等のヒアリングを次の日程で開催した。

日時	内容
平成28年 5月31日	【第1回検証委員会】 検証委員会の目的、事例の内容把握、スケジュール等
6月23日	《専門家ヒアリングⅠ》 「保育施設で起こる突然死」について 公益財団法人東京都保健医療公社 多摩北部医療センター小児科部長 小保内俊雅医師
6月29日	[関係者ヒアリングⅠ] 保護者
9月9日	[関係者ヒアリングⅡ] 事業者（幹事会社 ¹ ） 上場企業
9月29日	《専門家ヒアリングⅡ》 「東京死因登録・検証試行調査からわかること」 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 政策科学研究部長 森臨太郎医師
9月29日	[関係者ヒアリングⅢ] 事業者（保育事業者の代表者）
10月18日	[関係者ヒアリングⅣ及び現地調査] 事業者（保育従事職員）
12月14日	《専門家ヒアリングⅢ》 東京消防庁 救急部 【第2回検証委員会開催に向けての事前打ち合わせ】 関係者等からのヒアリング報告の確認、問題点・課題の抽出等
平成29年 1月17日	【第2回検証委員会】 問題点・課題抽出、提言の検討、報告書素案の提案等
1月30日	[関係者ヒアリングⅤ] 施設所在自治体（中央区福祉保健部）
2月2日	【第3回検証委員会】 問題点・課題抽出、提言の検討、報告書素案の提案等
3月8日	【第4回検証委員会】都への報告書の提出

¹ 当該保育所は、幹事会社が所有するオフィスビルのテナントの一つであり、当該事例の保育事業者が設置している。近隣7社の子どもを受け入れており、ビルオーナーが幹事会社を務めている。ヒアリング先は、幹事会社であり、保護者の勤務先とは異なる。

第二章 事例の概要・経緯

(1) 事例の概要

今回取り上げた事例は、平成28年3月に事業所内保育施設で発生したもので、事故に遭われた児童は、1歳2か月の男児である。

当該児は、午睡の途中で目覚めて泣くことがあるため、他の児童が午睡をしている部屋の隣の部屋で一人だけで寝かされており、事故の当日も、隣の部屋に一人で、保育従事職員が当該児をうつぶせ寝にして寝かしつけた。

午睡中起きてこないため、保育従事職員が確認したところ異常が認められ、心肺停止状態で緊急搬送され、死亡が確認された。

施設概要などの基本的な事項は次のとおりである。

施設の概要	
施設種別	認可外保育施設（事業所内保育施設）
所在地	東京都中央区
開設年月日	平成23年4月1日
法人形態	株式会社
運営法人の事業内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. チャイルドケアセンター 2. ベビーシッターサービス 3. スクール 4. コンサルティング／保育施設の開業・経営指導 5. 教材・知育玩具開発販売 6. 一般労働者派遣事業 7. 人材紹介事業 8. 家事代行及びハウスクリーニング事業
保育に関する理念・方針	<ul style="list-style-type: none"> ・保育理念 お子さまの人権や主体性を尊重し、またご家庭との連携をとりながら保護者さまのご協力のもと、知・情・体のバランスのとれたお子さまの成長を育みます。あわせて、保護者さまの様々な社会的活動を支援し、社会貢献して参ります。 ・保育方針 考えて自ら行動できる子どもを育成する ・保育目標 想像力・創造力・集中力のある子ども

	感性豊かな子ども・自己表現できる子ども 自主性のある子ども マナー・基本的な生活習慣を身につけた子ども 社会性のある子ども
施設概要	鉄筋コンクリート11階建オフィスビル1階部分の一部を保育所として賃借 保育室①42.75㎡ ほふく室 51.44㎡ 保育室②58.42㎡ 安静室 6.36㎡ 調理室 12.50㎡
開所時間	7時30分から20時30分まで
定員	30人

事故発生当時の状況		
契約児童数	22名 (0歳3名、1歳12名、2歳4名、3歳2名、4歳以上1名)	
当日の利用児童数	20名 (0歳3名、1歳11名、2歳4名、3歳1名、4歳以上1名)	
必要な職員	保育従事職員数4名(うち有資格者数1名)	
事故発生時の職員体制	保育従事職員数6名(うち有資格者数4名)	
経験年数等 ※職員からの聞き取りによる	常勤職員A (保育士)	事業者の運営する認証保育所1年3か月 当該園施設長約2年 【通算保育等経験年数：3年3か月】
	常勤職員B (保育士)	事業者の運営する認証保育所1年 当該園約3年 【通算保育等経験年数：4年】
	常勤職員C (保育士)	幼稚園教諭2年 当該園約1年 【通算保育等経験年数：3年】
	常勤職員D (保育士)	新卒新規採用後約1年 【通算保育等経験年数：1年】
	非常勤職員E (無資格)	5年前位から認可保育所の夏場の補助 当該法人の系列園約1年 平成27年12月以降当該園勤務
	非常勤職員F (無資格)	当該法人系列園約3年半 事故前日から3週間ぶりに当該園勤務

(2) 事故発生時の状況

平成28年3月11日(金)に発生した事故について、発生時の状況を概括する。

事故発生時の状況は、事故後の都の立入調査、事業者による事故報告書、関係者ヒアリングなど、それぞれの段階により聞き取りを行っている。

いずれの段階においても職員の記憶に頼っているため、細部の違いなどがあるものと思われる。

本検証委員会は事故当日の死因や因果関係などの認定を行うことを目的とするものではないことから、事業者から都に提出された事故報告書及び都が立入調査を行った際に事故発生時に出勤していた職員らから聞き取った内容、保護者からヒアリングした内容について、それぞれ記載する。

(ア) 事業者から都に提出された事故報告書

時間	内容
8時40分	特に通常とかわりなく元気に登園した 自由遊び
10時00分	朝の会、椅子に座って参加
10時15分	水分補給 麦茶は少し残す。煮干しは4cmのものを3つに折って完食 室内ですべり台などで遊ぶ
10時45分	昼食 うどん、りんご 菜の花の炒め物 完食
11時45分	寝つきが悪く午睡中にも目覚めて泣くことがあるので、他の子どもと別室で午睡する
13時00分	午睡中のお子様のそばを通り目視のみで確認
13時20分	午睡中のお子様のそばを通り目視のみで確認
14時10分	午睡中の子どもを起こした際に、顔の布団に接した箇所が赤むらさきの痣のような状態になっていた 早めにお迎えに来られた保護者様が到着される 人工呼吸と心臓マッサージ AEDを使用するも「人工呼吸と心臓マッサージを続けてください」との判定
14時30分	救急車到着
14時40分	救急車出発

(イ) 都の立入調査時における保育従事職員からの聞き取り内容

時間	内容
8時40分	特にかわりなく元気に登園した。 検温したが特に高くはなかった。 自由遊び、おむつ交換。
10時00分	朝の会、チェリー椅子に座って参加。何度か歩いて前に来ることがあり、職員に戻される。
10時15分	水分補給、麦茶は残す。煮干しは4cmのものを3つ(1cm位)に折って完食。 室内ですべり台などで遊ぶ。
10時45分	昼食 うどん りんご 完食。 テーブル付のベビーチェアに座り、お昼寝の準備をする。
11時35分 位	お昼寝に入る。常勤職員Aの指示で、別室にて非常勤職員Fが対応。
11時45分	非常勤職員Fが当該児の背中をさすりながら当該児が寝入ったことを確認する。この時の当該児の姿勢は、布団にうつぶせ(胸が布団についた状態)で顔は壁側に向いていた。 その後、非常勤職員Fは保育室内の棚(食堂から当該児が寝ていた保育室にかけて窓の下に設置してある棚)の掃除や食堂での制作物の作成を行うために、当該児が寝ていた場所から離れた食堂付近にいる。掃除、制作物の作成が終了後、非常勤職員Fは、午睡部屋の児童が落ち着かなくなったため、応援に午睡部屋に入る。以後、当該児がいるところには誰もいなくなる。
12時40分 頃	常勤職員Aが午睡室から事務所に行く時に、当該児の横を通った姿勢は午睡を始めた時と同じ状態であった。
13時00分 前後	常勤職員Bが事務室に戻る際、当該児の傍を通りがかり、顔は左を下に横向き、うつぶせ寝、ぴくっと動くのを確認した。 常勤職員Cが制作の材料を取りに当該児の寝ている傍の倉庫のドアを開けた。当該児の姿勢は、午睡時と同じ状態だった。
13時20分 頃	常勤職員Bが午睡室から事務所に行く時に、当該児を見た。この時も当該児の姿勢は同じ状態だった。

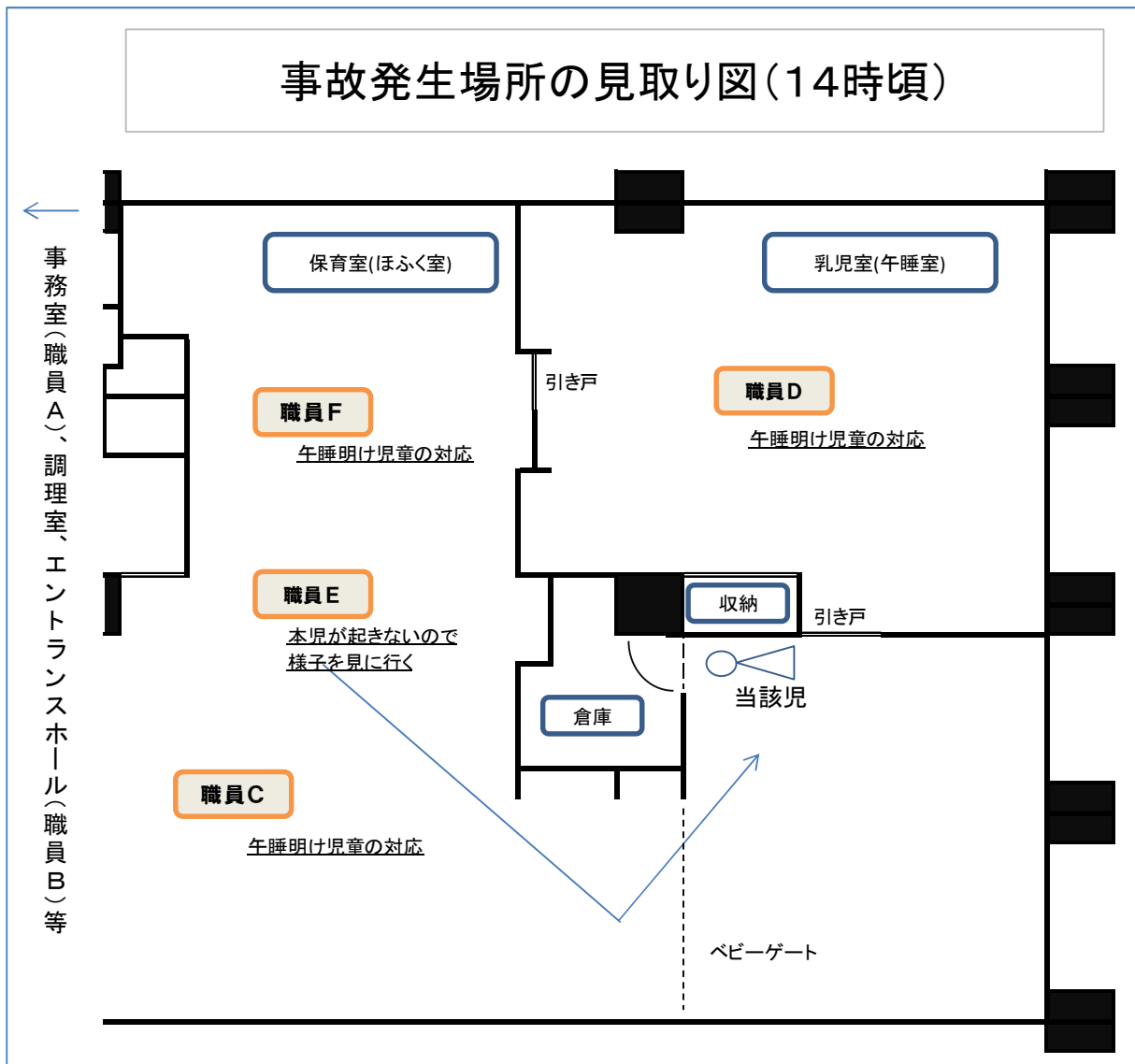
14 時前か 14 時頃、 14 時 10 分 と複数発 言あり	<p>非常勤職員Eが、当該児が良く寝ていることを気にかけて様子を見に来て、当該児の様子がおかしいことに気付く。この時の当該児の姿勢はうつぶせ。午睡開始時の姿勢と変わらなかったが、両手が下に伸びていた。</p> <p>非常勤職員Eが「〇〇ちゃん」と声を掛けるが、返事が無く、異変に気づき、食堂辺りにいた常勤職員Cを呼びに行く。</p> <p>非常勤職員Eから当該児の様子がおかしい旨の報告を受けた常勤職員Cが、当該児を抱き上げ、当該児が寝ていた所から食堂に移動する。非常勤職員Eが事務所にいた常勤職員Aを呼びに行き、常勤職員Aが食堂に駆け付ける。</p> <p>常勤職員Aが食堂に来た時には、呼吸は確認しなかったが、呼吸をしている感じがしなかった。</p>
14 時 15 分 頃	常勤職員Aが事務所に戻り、119番（救急車）→防災センター ² →本社に連絡を入れる。
14 時 18 分 頃	常勤職員Aが本社社員に当該児が息をしていないことを報告、本社社員から人工呼吸、心臓マッサージを行うよう指示が出る。
14 時 20 分 頃	本社社員から指示を受けた常勤職員Aが食堂に戻り、当該児を布団に寝かせ、ちょうどお迎えに来ていた母親と共に、常勤職員Aが心臓マッサージ、母親が人工呼吸を行う。
14 時 25 分 頃	<p>防災センターから3名の職員が駆け付ける。</p> <p>初めはAEDを持参していなかったが、途中でAEDを持って来て、当該児に行おうとするものの、「人工呼吸と心臓マッサージを続けてください。」とのAEDのメッセージが流れ、AEDを実施することが出来なかった。</p> <p>常勤職員Aの記憶では、2、3回、AEDを行うが、同じアナウンスが流れて結果的には1回も実施することが出来なかった。</p> <p>その間も母親が人工呼吸を行い、心臓マッサージは常勤職員Aから防災センターの職員に替わり、引き続き行った。</p>
14 時 35 分 頃	救急車が到着する。救急車には母親と常勤職員Aが同乗する。救急車はすぐには出発しなかった。5分以上かかって病院に到着。
16 時 00 分	病院にて死亡の確認。

² 緊急時には、当該ビルの防災センターに連絡する必要がある。

(ウ) 保護者からヒアリングした事故発生時の状況など

- ・ 非常勤職員 F は、1 月はお正月だけ、2 月は中旬、3 月は 10 日と 11 日だけ当該保育所で勤務し、3 月 10 日に初めて男児を見た。3 月 11 日は男児の寝かしつけを頼まれ、施設長が布団を別室に持って行き、そこにうつぶせで寝かせるよう指示された。仰向けだと起き上がるからうつぶせで寝かせるよう言われ、まだ遊びたいから時間がかかるが、背中をさすって寝かせるよう言われた。
- ・ 連絡ノートにいつも、2 時ちょっと過ぎにお目覚めと書いてあったため、当日母親は午後会社の休みを取っていて、12 時に迎えに行けたが、良く寝ていると聞いていたので、わざわざお昼寝が終わった時間帯の 2 時半に迎えに行く予定にした。
- ・ だからお昼ご飯を 10 時 45 分に食べているとは思ってもみなかった。普通は 11 時半からお昼ご飯を食べていると思っていたので、12 時くらいから寝て 2 時くらいまで寝ているのかと思っていた。
- ・ お昼寝に関する記載が連絡ノートに全くなかった。寝かしつけがそんなに簡単なほうではなかったのので、母親は最初から施設長に伝えていた。入園後、迎えに行ったときに（お昼寝は）寝ていますかと聞いたことも 2 回あった。「うちの子はいつも、寝て 30 分位するとママが近くにいるかなと確認するために、うーん、となるので、そのときに近くにいてママいるよと知らせるために、とんとんやってあげないと安心して眠っていかない」ということを常勤職員 B に話した。そのときに、常勤職員 B に、良く眠っていますと言われ、2 回目に非常勤職員 D と話したときは、チェリー椅子に座るのを嫌がるので、それは家で練習してくださいと言われて、それ以外は特に問題ないですねと言われていたから、寝かしつけについて 2 回聞いていたのもあり、みんなと寝ると安心して良く寝るのかなと思っていた。
- ・ 第一発見者は、非常勤職員 E。常勤職員 C によると、非常勤職員 E が、「けんちゃん」と、つんつんして反応が無く、手足が冷たく、「けんちゃん怖いです」と言った。常勤職員 C が寄って行き、がばっとひっくり返し、施設長を呼ぶよう言って、非常勤職員 E が事務室にいる施設長に何かを言いに行った。
- ・ 母親が予定より 10 分早く迎えに行くと、常勤職員 C が食事スペースで男児を抱っこして正座で座っていた。顔は変形し変色していた。抱っこしていて蘇生をしていなかったため、母親がそこで蘇生を始めた。
- ・ 母親は駆け寄ると、男児を常勤職員 C からガッと取って（※ジェスチャーでの説明あり。）、そのまま人工呼吸をし、床におろして心臓マッサージをしようとしたところ、施設長が駆け寄ってきて、ここに寝かせてやりましょうと言い、そこに寝かせて、心肺蘇生をしていたら、防災センターの人が AED を持ってきた。
- ・ 施設長は心臓マッサージのやり方が分からず、防災センターの人が来たら交代し、「2 本指で大丈夫」と言われていた。
- ・ それからしばらくしてから救急車が来た。なかなか来なかったため、救急車はまだですかと何度も聞いた。防災センターの記録によると、30 分に建物に着いたようで、35 分位くらいに入ってきている。
- ・ （救急隊が来たのが）35 分ぐらいだから心肺蘇生を 15 分弱やっていた。AED が着いたのが 25 分ちょっと前。発見から AED まで 23 分位経過していた。
- ・ 搬送先の病院では、死後時間が経過し過ぎ、死後硬直が既に進行していたため必要な処置は行えず、搬送後 30 分ほどで死亡宣告（15 時 33 分）された。
- ・ 事業者から保護者への事故説明は A4 の紙 1 枚であった。紙面の「目視」について、事業者との面談で尋ねると、近づいて顔色や呼吸の確認は一度もしていなかったことを認めた。

(※都の立入調査時における保育従事職員からの聞き取りから作成)



(3) 都の指導監督の状況

平成28年3月11日(金)、事業者からの報告を受けて都が現地調査を行い、事故状況を確認した。既に警察が捜査しており、以後も、断続的に職員への聴き取りや資料等の押収が行われていたため、警察の捜査を踏まえながら状況把握を行った。

なお、平成23年4月の開設以来、都は初めて立入調査に入った。

(居合わせた法人本部職員に対して以下について指導・助言)

- ① 低年齢児や入所後間もない児童の午睡チェックは特に注意して実施すること。他の系列園にも注意喚起すること。
- ② ショックを受けている職員の精神面のフォローを行うこと。
- ③ 事故の経過等について、事故報告書にまとめて提出すること。

警察による捜査や職員の様子など一定の落ち着きを取り戻した平成28年3月24日(木)、児童福祉法第59条第1項に基づく特別立入調査を実施した。

特別立入調査の結果について、児童福祉法第59条第1項に基づき、速やかに改善計画を立てるなど、改善を図るように文書による改善指導を行った。

(文書による改善指導内容)

- ① うつぶせ寝で寝続けている児童がおり、うつぶせ寝の場合は仰向けにするなどの対応を明確に決めていなかった。
- ② 睡眠の状況の観察について、観察時間が不規則であり、また記録が不十分であるなど、睡眠中の児童の顔色、呼吸の状態をきめ細かく観察していなかった。
- ③ 午睡室と異なった部屋で児童を寝かせている場合、そこに職員が在室していない時間があった。
- ④ 午睡室とは異なった部屋で寝かせている児童の保護者に、そのことを伝えていないなど、保護者とのコミュニケーションが不十分であった。

平成28年5月2日(月)、事業者から都へ改善状況報告書が提出される。

(改善報告の内容)

- ① 寝かしつけ方については、医師がうつぶせ寝を勧める場合を除き、0・1歳の子どもの仰向け寝を徹底する。保護者の理解を求めるため、SIDS予防のポスター掲示など、啓発に努める。
 - ② 睡眠時の状態確認については、タイマーを用いて確実に睡眠確認を行う。睡眠時のチェック表を改訂し、体の向きも記入する。
 - ③ 職員配置については、子どもの年齢や睡眠の様子により、午睡場所を分ける場合も、必ず保育者が各部屋に常時在室する。
 - ④ 保護者とのコミュニケーションについては、入所後おおむね1か月まで週1度の面談機会を設け、園と家庭の相互理解に努める。入所前や入所後の面談の記録用紙を改定し、記録を残す。ご意見箱を設置して、保護者が意見を言える方法を増やす。
- ※ その他、指摘事項に対する改善の取組のほか、自主的に改善する事項として、緊急時対応の研修・訓練、施設巡回体制の強化を図る、研修のあり方の見直しなどを実施する。

平成28年5月12日(木)、都において現地調査を実施し、改善状況報告書に基づき、午睡中の睡眠確認等、再発防止策が実施されているのを確認し、本件調査を終了した。

(4) その他の認識すべき事実

(ア) 死因について

死因に関する情報について保護者及び警察に提供を依頼した。保護者からは「捜査中とのことで死因について未だ確定的な説明がない」との回答であったが、選択肢を狭めるため「おもちゃ等の誤飲による窒息や給食・ミルクの吐き戻し、頭がい骨骨折のような要素は指摘されているか」と質問したところ「そのような指摘はうけていない」との回答であった。警察からは「個人情報のため情報開示には応じられない」との回答であった。そのため、本検証委員会では、直接の死因については把握することができない状況である。

一方で、これまでのヒアリングの中で、保護者代理人弁護士から次のような意見があった。

「午睡中死亡はみんな類似している形態で起こっているので、保育のプロセスに焦点を当てて、どこが望ましくなかったのか、望ましくないところを改善していくためには何が必要なのかという観点で、保育行政の立場から提言をしていただく必要があると思っている。死亡原因とか因果関係と切り離して、保育のプロセスを見ていただきたいというのが一番大きいお願いである。」

(専門家ヒアリングにおけるうつぶせ寝と死亡事故に関する研究の状況)

- ・ 米国小児学会を始め、欧州北米の先進国では、うつぶせ寝に関しては、当たり前のようにだめだろうという形で厳しく教育されている傾向にあるが、日本はそこまで浸透していない。学会の中でも考え方が色々あるが、少なくとも6か月未満とか1歳未満のお子さんに対しては、もう少しうつぶせ寝をさせないということを徹底すべきだろう。ただ、年齢層をどこまで厳しくいうかは微妙であり、学会でも統一されていない。1歳以降に関しては非常に数値が少なく、仰向けにしても寝返るとなると別の対策をすべきではないかという話になる。
- ・ SIDSというのは症候群で、症候群と言うのは色々な病気が集まっているということ。うつぶせ寝があるからこうなるというのは実は分かっていない。だからリスク因子と呼んでいる。うつぶせ寝にしていた方がSIDSの確率が高いという状況でしかなく、医学的にはまだ解明はされていない。

本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が、ご遺族の意向や提供された資料、専門家の意見等を踏まえ、知りうる情報の中で議論を進めることとする。

(イ) 事故に遭われた児童や保護者の状況について

直接の死因が判明していない中で検討を進めるため、本報告書では、当該児の既往症や両親の喫煙の有無、保育所に通い始めた頃からの状況について整理しておく。

保育従事職員や保護者ヒアリングから、事故に遭われた児童の状況について、次のような情報を得た。

- ・ 出産時約3,000グラム。生後5か月目で首が据わり、寝返り（日中起きている時）。
- ・ 家庭での睡眠時の体位は基本的に仰向けであり、横向きに寝ることがたまにあった程度。
- ・ 6か月目でお座り。10か月目で伝え歩き。14か月目で一人歩き。
- ・ 当該児に既往症は無い。卵白と魚がアレルギー。
- ・ 両親とも喫煙歴なし。
- ・ 1歳6か月までが最長で育休を取れる期間であり、4月の認可保育所入園を希望していたが、認可に入れず、勤務先の会社で利用できる残り枠が1枠であり、平成28年2月16日から園の利用を開始。
- ・ 慣れ保育は2週間。30分、2時間、昼食後までと徐々に慣れていった。
- ・ 事故のあった平成28年3月11日は入所後まもなくである25日目、通園19日目。3月からの通園状況は、一度の欠席もなく、概ね9時前後から16時前後までの7時間を利用していた。
- ・ 当日の朝は、風邪、下痢などなく元気に登園。

第三章 本事例から明らかとなった問題点や課題

(1) 総括

事例から具体的に浮かび上がる問題点を個々に指摘する前に、専門家及び関係者によるヒアリングや、検証委員会における検討・検証を通じて明らかになった課題について総括する。

乳児から2歳児までは、他者との関わりを初めて持ち、その中で自我が形成されるなど、子どもの心身の発達にとって極めて重要な時期である。

特に1歳児は、家庭での生活から集団生活への変化に対し特にデリケートであることから、一人一人の子どもの気持ちを受容し共感できる保育士等との信頼できる継続的な関わりや、施設と保護者との密接な信頼関係を構築し、家庭での生活状況を十分に把握しながら丁寧な保育を徹底すべきである。

本事例については、法人本部による園のサポート体制や職員の専門性の向上を支える体制が不十分である中で、

- ・ 経験の少ない職員構成
- ・ 園職員だけの閉じられた中で工夫して対応せざるを得なかった状況であったこと
- ・ 職員が特に担当を決めずに全園児にかかわるという体制
- ・ 低年齢児に対しては午睡対応も含めて丁寧さに丁寧さを重ねて保育をしなければならないという共通認識やリスクの意識の薄さ
- ・ 入所後まもない当該児を集団から外して別室に寝かせる対応を園の方針とし、別室にいる当該児の様子を把握する体制が無かったこと
- ・ SIDSや窒息のリスクに関する知識、応急処置に関する知識・経験不足などの問題点や課題が見られた。

本事例では、こうした要素が重なり合って事故に至ったものと推察する。

(2) 各論

(ア) 保育に関すること

《1歳児の保育について》

日々の保育においては、子どもの生命の保持及び情緒の安定を図るために保育士等が行う援助や関わり、すなわち養護を基礎として、あらゆる保育活動が行われることが極めて重要である。

特に1歳児においては、生まれてから入園までの間、家庭で親密な関係が作られている。こういうときに甘えられる、こういうときは抱っこしてくれる、ということが徐々に分かってきて、言葉も芽生え、簡単な言葉の意味も分かるようになり、自分が産まれた世界というものに対してようやく不安が無くなってきて安定してくる。こういうときに、突然、見ず知らずの人ばかりで生活リズムも全く違う世界に移された時の子どもに与える影響を十分理解する必要がある。

なお、低年齢児の保育の重要性については、現在、国において平成30年度から施行が予定されている保育所保育指針の改定案に示されている。

- ³ 事故発生当時、当該園では、保育従事職員4名（うち有資格者数1名）必要などころ、保育従事職員6名（うち有資格者数4名）配置されており、職員配置基準は満たしていた。
- 実際の保育の現場においては、職員最低基準を満たした上で、質を確保した丁寧な保育を行う視点が必要である。
- 事例における職員の状況は、施設長は当該事業者が運営する認証保育所で1年3か月の経験を経て当該園の施設長として2年の実績であり、その他の常勤職員についても、当該園での勤務実績が1年から3年程度で通算の保育経験でも1年から4年程度、非常勤職員についても、本部の指示により必要に応じて当該園に派遣されていた。
- 事業者からのヒアリングでは、日々の保育については、スーパーバイザーによる月1～2回の巡回指導を行っていたとのことだが、例えば本事例のような保育従事職員が寝かしつけにくいと感じていた子どもへの対応や別室で寝かしつけることなど、日々の保育で直面する様々な迷いについてアドバイスすることはほとんど無かった。職員に対して行ったヒアリングからも、こういった日々の保育について、本社と日常的に相談できるような体制であったとは判断し難い状況であった。
- このような状況の中で経験不足の職員らが中心となって、入所後まもない子どもに対する保育の方向性や、保護者との連絡帳の記載内容に関する確認など、日々の保育実践、保育内容に関する対応などが行われていた。
- 午睡対応については、発達状態を十分に把握した上で、うつぶせ寝の場合は仰向けにするなど、常に体の状態を細かく観察し、異常を発見した場合は、速やかに対応しなければならないが、事例では、別の部屋で、付き添う職員もいない環境の中で午睡をさせていた。
- 当該児が寝付いた11時45分から14時10分までのおよそ2時間半、複

³ 第三章文中に「○」が記載されている箇所は、明らかになった課題や問題点を表す。

数の職員が当該児のそばを通りかかっていたが、表情を見たり体に触れて体温や呼吸を確認するなど、具体的に状態を観察することはなかった。

- また、午睡空間については、睡眠はいつでも安心して休息できる雰囲気やスペースを確保し、静かで心地よい環境の下で、子どもが心身の疲れを癒すことができるようにしていくことが大切である。しかし、別室で一人で寝かされるなど、付き添う職員がいない中、安心して休息できる環境とは言い難いものであった。

《子どもとの継続的な関係》

子どもが長時間にわたり生活する保育所において、子どもの情緒の安定を図るためには、子ども一人一人の気持ちを受容し、共感できる保育士等との継続的な信頼関係を構築していくことが重要である。

先に述べたとおり、特に1歳児は、家庭に慣れ、特定の大人との愛着関係が強まる時期であり、このような時期に突然違う環境である保育所に入ることは大人が考えているよりはるかにストレスを感じるものと考えられる⁴。

- 事例においても、1歳2か月の当該児が登園後25日とまだ間もない状況にあり、集団生活へのストレスを認識した上でそれを意識した保育士等との安定的な関係が必要であった。
- しかしながら、事例の保育所は、全職員が特に担当を決めずに全園児にかかわるといって体制で、園児への丁寧なかかわりが十分ではなかった。また、非常勤職員の入れ替わりが多く、子どもの状態や発達過程を理解し、接する状況ではなかった。このように、愛着関係が形成されにくい環境が醸成されていった結果、当該児の異変を早期に発見できなかったものと思われる。
- 特に1歳児については、丁寧な慣れ保育を行う必要があるが、国において、慣れ保育に必要な期間等が示されておらず、社会一般においても、慣れ保育の重要性について理解されている状況になかった。

なお、職員に対するヒアリングによると、事故後、担当制となったことについて、「4月からはクラス別でその中でも担当制で進めているが、そうしたところで、その子、その子のきめ細やかな変化にみんな気が付いて、きちんと保育出来ているところを見ると、やはりそちらの方が、子どもにとっても、保護者にも間違わない情報を伝えられているところを見ると、こちらの方が良いかと今は思っている。」「月ごとの記録も担当がするので同じ子どもを長く見てられるので違いとかも良く分かる。保護者対応やノートなども担当がするのでそう

⁴ 専門家ヒアリングにおいても、保育施設にいるということが子どもによっては大きなストレスになっている可能性があるとの指摘がなされた。

いう点では内容が濃くなったと思う。」などといったような声が聞かれた。

《保護者との信頼関係の構築》

子どもの情緒の安定を図るためには、子どもとの継続的な関係を構築すると同時に、保護者との密接な信頼関係を構築し、子ども一人一人の置かれている状態や発達過程を的確に把握することが重要である。

特に当該児のような1歳前後の時期においては、午睡についてみても、保育所と家庭でのリズムの違いなど、家庭での生活の連続性を維持することが重要である。

家庭との連携を深めるためには、一人一人の子どもの発達を見守る専門職の視点から、送迎時の対話や連絡ノートなどを活用し、日々の活動や子どもの言動に関すること等について、保護者と密接にコミュニケーションを図っていくことが必要である。

- 保護者からのヒアリングでは、当該児は寝かしつけに工夫が必要だったので、最初から職員にもそのことを言っており、迎えに行ったときに寝ているかと聞いたら良く寝ているとのことだった。
- しかしながら、職員に対するヒアリングによると、当該児も泣くので別室で寝かしつけ、寝付いたら午睡室に戻す、というような方法をその日の判断で職員同士が相談して決めていたが、別室で寝かせていたことなど、具体的な情報を連絡ノートに記載して保護者に伝えていなかった。

(イ) 午睡対応に関すること

保育所で長時間過ごす乳幼児にとって、午睡は生活リズムの重要な構成要素である。午睡は、乳幼児の年齢や発達の過程、家庭での生活や保育の時間などを考慮して、必要に応じてとることが重要であり、一人一人の心身の状態に応じてきめ細かに対応していくことが必要である。

また、SIDSに関する正しい知識や、安全な午睡環境を確保するための乳幼児の窒息リスクの除去等の配慮について保育士等で共有し、適切な保育を行うことが重要である。

- 都の立入調査結果によると、当該児に限らず1歳未満児に対しても、5分ごとのチェック表はあるものの、観察時間が不規則であり、また記録が不十分であるなど、睡眠中の児童の顔色、呼吸の状態をきめ細かく観察していなかったことが確認された。
- 当時1歳2か月であった当該児について、保護者からのヒアリングでは、「家

でうつぶせになったことがなく、本当に寝返りとかをほとんどしない。そもそもうつぶせという発想がなかった。」とのことであった。

- 職員に対するヒアリングによると、「その日によってちょっと今泣いているから一回出して、ちょっと落ち着いてから中に入れようとかその日の判断で職員同士相談し合ったりしていたので決まりとかは無かった。」「寝るとき凄く泣くが割と寝てくれるのは自分のほっぺを私の（胸）方にくっつけて、そうっと降ろして手を押えておくとそのまま寝てくれることもあった。まだ慣れていなかったせいもあると思う。」「安全よりも子どもが気持ちよく寝れる方を選んでしまった。」などといったように様々な話が聞かれた。

なお、職員に対するヒアリングによると、事故後の午睡対応については、「0歳については、遊ぶスペースと寝るスペースがあるので眠くなってきたら寝るスペースへ動かして、必ず両方で職員が見るようにしている。1歳に関しては、遊ぶ時間を増やして寝る時間をずらして遅らせたり、寝られない子には布団の上に座り、眠くなったらゴロンだよ、というような形でやっている。うつぶせ寝はせず、眠くなるのを自然に待つ感じ。」「今は責任者を決めて一人残らずチェックしている。午睡チェックは今まで以上に気を付けていてチェック表を細かくしたり、子どものその時の健康や寝ている間の状況、咳をしていたら咳をしていたとか、少しでも変わった様子があればそれを記して保護者の方に伝えている。」などの声が聞かれた。

SIDSに対するガイドラインでは、SIDSの予防方法は確立していないものの、SIDSの発症率が低くなるポイントの一つとして「1歳になるまでは、寝かせるときは仰向けに寝かせましょう」とされている。

(専門家ヒアリングによる意見)

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

(ウ) 重大事故発生時の迅速な応急処置に関すること

子どもの健康及び安全のためには、日頃より疾病等の事態に備え、救急用の薬品や材料等を常備し、全職員が対応できるようにしておくこと、事故の発生に備え地域の関係機関との連携を図ることが必要である。

- 事例の保育所では、「危機管理マニュアル(別冊)」において、緊急時の連絡先の一つとして、防災センターを位置付けており、事故当日も、施設長から防災センターに連絡が入り、防災センターの職員がAED(大人用)を持って保育所に駆け付けるなど、一定の連絡体制が図られていた。
- しかし、当該児の異常に気が付いてから、お迎えに来た保護者が当該児の心肺蘇生を開始するまでの間、連絡等が一段落した施設長が戻るまで他の職員によって心肺蘇生が実践されることはなかった。救命装置などの操作については、保育士資格を取得する際に学校で履修するケースもあるが、本事例においては実践できなかった。

(エ) 保育事業者の職員の資質向上を図る取組に関すること

保育所は、入所する子どもの最善の利益を考慮し、その福祉を積極的に増進することに最もふさわしい生活の場でなければならない。

保育所全体の保育の質を高めるためには、職員一人一人の専門性の向上と保育実践や保育内容に関する職員の共通理解を図ることが重要であり、施設長や主任保育士などのリーダー的立場の職員を中心に、職員間で学び合うことができる体制を整えることが必要である。

- 事例の保育所を運営する法人には、運営している保育所を月1、2回訪問するスーパーバイザーの制度があったが、具体的な日々の保育内容に関する日常的な相談や指導などは十分に行われていなかった。
- 施設長は保育士資格を独学で取得。実習経験がないまま、当該法人が運営する保育所での1年3か月の保育従事の実績しかなかったため、本人は施設長就任への打診を断った。しかし本部からサポートがあると言われ、引き受けたものの、施設長となるには不安を感じており、開園当初から自身が以前に在籍していた系列園で指導を受けた職員や、他の系列園での経験が多い職員を思い出しながら、想像しながら園を運営している状況であった。また、法人によるセンター長研修（施設長に対する研修）は行われていたが、内容は虐待やパワハラなどに関する研修が多かった。保育の実践に関する具体的な相談は、同じ法人が運営する他の施設長を頼りにしている状況であった。
- その他の常勤職員も当該園での勤務実績が1年から3年程度、非常勤職員についても本部の指示により必要に応じて当該園に派遣されていた。
- 法人本部による園のサポート体制や職員の専門性の向上を支える体制が不十分な中で経験不足の職員らが中心となって、保育従事職員が寝かしつけにくいと感じていた子どもに対する保育の方向性や、保護者との連絡帳の記載内容に関する確認など、日々の保育実践、保育内容に関する対応などが行われていた。
- 事業者に対するヒアリングによると、事故予防に関するマニュアルは整備し、配置されていたが、マニュアルが読み難かったのではないだろうか、職員の危機管理をしっかりと植えつけることが十分にできていなかったとのことだった。
- 法人本部による職員に対する資質向上を図る取組が十分実施されていたとは言い難いような状況であった。

(オ) 事業所内保育施設に関すること

《委託元企業⁵の意向に影響されやすい保育所の運営》

⁵ 事業所内保育施設では、従業員の子どもの保育するために保育事業者に委託して運営する形態が一般的である。本報告書では、このような事業所内保育施設の利用形態を「委託元企業」という。

- 事業所内保育施設は、年度途中で育児休業が終了し、職場復帰を図る職員の福利厚生などの目的で企業により設置されるもので、育児休業明けから4月の保育所入所までの間の利用を中心とすることから、4月当初は園児が少なく、特に事例の保育所では、夏場以降、秋にかけて増える傾向があり、企業の意向に左右されやすい特性がある。そのため、保育計画もこうした環境を考慮したものにすることが必要がある。
- また、慣れ保育の期間についても企業の育児休業制度によって影響されるため、保育所の方から子どもの心身の状態に合わせた慣れ保育期間の提案が行えないことが多く、当該保育所においても苦慮している実情が見受けられた。

《委託元企業の福利厚生担当者と委託先保育事業者との連携》

委託元企業の福利厚生担当者は事務職であることが多く、保育の質については、委託先保育事業者に頼るところが大きい。

委託元企業の従業員である保護者は委託元企業に対して、信頼感や安心感、期待感を持って子どもを委託先の保育所に預けている。そのため、委託元企業においても、委託先保育事業者と同様に、保育所が子どもの健全な心身の発達を図る場所となるよう努めていくことが企業の責務であると考えられる。

- 幹事会社に対するヒアリングによると、当該保育所と幹事会社における関係では、希望職員から人事部に申し込みが行われ、人事部同席のもとで保育所の見学、事業者からのサービス内容の説明などが行われており、福利厚生担当者も保育に対してある程度理解をしていたが、行政からの保育に関する研修などがあるとよいとの声もあった。

なお、双方の理解を更に深めるため、今回の事故を契機に3か月に1回定期的な報告を保育事業者から行うなど、連携強化が図られている。

今後、事業所内保育施設の一形態として企業主導型保育事業も増加していくことから、従業員である保護者の信頼感や安心感、期待感に応えられるよう委託元企業における保育所保育に対する適切な理解の促進と、委託元企業と委託先保育事業者との連携のあり方について検討していくことが必要である。

(3) 行政による指導体制に関する問題点や課題

《認可外保育施設に対する指導体制について》

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

《施設所在自治体との連携体制について》

事例の保育所が所在する中央区は、公立認可保育所がセンター的な役割を担い、公立認可保育所の職員が私立認可保育所に直接赴いて研修を実施している。

また、私立認可保育所や認証保育所に対して、区の職員が月1回、巡回しながら困りごと等の相談に対応する巡回支援を行い、各園との信頼関係を築きながら支援や指導を行っている。

- 施設所在自治体に対するヒアリングによると、私立認可保育所や東京都認証保育所(認可外保育施設の一つ)に比べて、その他の認可外保育施設に対して関与の仕組みが無く、区が把握出来るのは都への届出情報のみである。認可外保育施設は、児童福祉法に基づき、都道府県が指導監督を行うこととされており、また、特に、事業所内保育施設については、地域枠の設定が無く、利用者が区民以外の従業員に限定されているケースもあるため、現行の仕組みで区市町村が関与していくには一定のハードルがある、とのことであった。
- 認可外保育施設についても、都の巡回指導体制の充実と合わせ、施設により近い区市町村との連携体制を構築していくことが必要である。

第四章 より良い保育の実現に向けた提言

本検証委員会として、二度とこのような事故が起こらないよう、本事例から学ぶこと、また、本事例の検証を経て私たちが得られた、より良い保育の実現に向けて、以下の提言を行う。

(1) 国、都、区市町村が取り組む課題

(ア) 1歳児の保育・丁寧な保育の重要性について

乳児から2歳児までは、他者との関わりを初めて持ち、その中で自我が形成されるなど、子どもの心身の発達にとって極めて重要な時期である。

特に人見知りを始める1歳前後の時期においては、家庭での生活から集団生活への変化に対し特にデリケートであることから、例えば、児童と保護者と職員のかかわりによる丁寧な慣れ保育から始まり、日々の保育のあらゆる場面で丁寧な保育を徹底しなければならない。

そして、0、1、2歳児の保育において、子どもの発達過程においては、何よりも、常に特定の保育従事職員、大人との親密な関係、安心してその人に身も心もゆだねることができる愛着関係を形成しなければならない。

そのためには、保育士等と子どもとの継続的な関係を構築すると同時に、保護者との密接な信頼関係を構築し、子ども一人一人の置かれている状態や発達過程を的確に把握し、家庭での生活の連続性を確保することが重要である。

保育所保育指針の改定に関する議論のとりまとめ⁶でも、「発達過程の最も初期に当たる乳児・1歳以上3歳未満の時期には、生命の保持及び情緒の安定という養護の側面が特に重要である」とされている。

提言 1

【国】【都】【区市町村】

入所後まもない1歳児の保育は、丁寧に温かく優しい保育を徹底する必要があること。乳児から1～2歳児の時期には、常に特定の保育従事職員との関わりによる養護の側面が特に重要であるということ。これらを保育に関わる全ての人々が認識できるよう、国、都、区市町村が一体となって啓発を行うこと。

⁶ 社会保障審議会児童部会保育専門委員会（平成28年12月21日）

提言 2

【国】【都】【区市町村】

子どもが全く違う環境である保育所に通うということは、大人が考えているよりはるかにストレスを感じることから、国は、安全な保育のためにどの程度の慣れ保育や配慮が新入園児に必要なのか、保育現場の裁量に任せず早急に専門的な調査を実施し、とガイドラインを示すとともに、子どもの最善の利益を考慮した丁寧な慣れ保育を行うことを保育所保育指針に位置付けること。また、都や区市町村は、慣れ保育の重要性について事業者や保護者に対して啓発すること。

(イ) 午睡時におけるうつぶせ寝の取扱いについて

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

提言 3

【国】【都】【区市町村】

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

(ウ) 低年齢児保育に対するガイドラインや研修の実施について

保育所における低年齢児の利用定員が増えている中で、この時期の発達過程は、例えば、乳児であれば、首のすわり、寝返り、座る、はう、立つ、つたい歩きを始める時期など、子どもによってばらつきがある。

乳児が落ち着いて過ごせるような少人数のグループ構成による保育を行うことや、1歳以上3歳未満児の発達や興味に応じた適切な人数のグループ構成による保育を行う等、発達の状況等に応じて、集団規模を工夫するような配慮が必要である。

提言 4

【国】【都】【区市町村】

国は、小規模保育事業等の地域型保育事業が創設され、今後、ますます低年齢児に対する保育の重要性が増すことを踏まえ、低年齢児の保育に関し、集団規模を工夫するなど留意すべき内容についてガイドラインなどにより示すこと。また、国、都、区市町村は、低年齢児の発達の特徴に合わせた保育内容について、研修カリキュラムの充実を図ること。

(エ) 認可外保育施設に対する巡回指導の強化及び情報の公表について

提言 5

【国】【都】【区市町村】

国や都は、認可外保育施設に対して、区市町村へのこまめな情報提供や、区市町村における認可外保育施設への巡回支援が行いやすくなるよう、環境整備を行うこと。また、現行の仕組みの中においても、保育の実施主体である区市町村も認可外保育施設における保育に対し、都と連携するなどして日常的かつ積極的に関与できるよう努めること。

提言 6

【都】

都は、認可外保育施設の保育の質を向上させるため、認可外保育施設に対する巡回指導体制を強化するとともに、巡回指導の結果を公表すること。

(オ) 事業所内保育施設を運営する事業者への指導について

提言 7

【都】

都は、委託元企業の職員が保育の知識を深められ、委託元企業と委託先保育事業者との連携が図られるよう支援するとともに、事業所内保育施設の特徴を踏まえた運営指導を行うこと。

提言 8

【国】【都】【区市町村】

国、都、区市町村は、低年齢児に対する丁寧な保育が必要であることや、育児休業明けからの復帰に際しては、個々の子どもに応じた慣れ保育期間が望ましいことを企業に対して啓発すること。

(カ) 重大事故発生時に対応できる訓練の実施について

提言 9

【都】

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

(キ) 保育士養成施設における育成について

提言 10

【都】

都は、低年齢児への丁寧な保育やSIDSや窒息のリスクに関する知識、乳幼児の救命救急処置について、保育士養成施設における養成課程の授業内容を充実させるとともに、具体的なAEDの使用方法等についても学ぶ機会を設けるなど、養成課程で学んだ事が保育の現場で確実に実践できる保育士の育成に努めるよう、保育士養成施設に対して求めること。

(ク) あらゆる保育の現場において保育の専門性を高める取組について

提言 11

【国】

認可外保育施設は、それぞれの状況に応じて、保育所保育指針を参考に児童の処遇を行うよう位置付けられているが、国は、あらゆる保育の現場において、指針に基づく保育が適切に実行され、専門性を高める取組が行われるよう、現在、国で進めている幼児教育の推進体制の構築（幼児教育センター等）の中に、認可外保育施設を含めるなど配慮すること。

(ケ) 検証委員会について

保育施設における死亡等重大事故は、そもそも事例が少なく、死因が不明な場合もある。今回の事例においても極めて専門的な医学的要素が含まれることから、各委員の共通認識に至るプロセスを大切に、多くの関係者からのヒアリングを重ね、検証作業を進めてきた。

その結果、再発防止に向けて多くの視点を集約することができたが、自治体単位で検証を進めることについて、専門家ヒアリングにおいて、次のような意見も出されている。

(専門家ヒアリングにおける意見)

- ・ 保育所での死亡事案を国が本気で再発防止しようとするのなら、SIDSの臨床と比較するのではなく、保育施設特有の危険因子があるはずだから、これを明らかにすることが重要である。
- ・ 生体由来試料、臨床情報、状況調査の結果の3つを国が集中的に集め、保育所では何が起きているのかを究明するよう専門家が集まって解析し、そこで明らかになった危険因子をそれぞれの地域や保育の専門家が安全対策をつくっていくというシステムが必要である。
- ・ 区市町村と都道府県が検証していることを統合するというの正しいし、検証事例が増えれば当然学びは増えるが、大きな枠組みで考えると、家庭内の事故を含めた小児全体の検証を進める方が学びが大きい。

有効な再発防止策を検討するためには、数多くの事例を積み重ねることが必要であり、専門家ヒアリングの意見のように、自治体単位で検証することには限界がある。

また、事例では、警察、消防等の関係機関から必要な情報について入手することができなかった。

提言 12

【国】

本検証委員会における専門家ヒアリングからの意見や、各自治体の検証作業に伴う課題等を丁寧に聞き取り、全国レベルでとらえた方がより検証が深まる内容については、国が主体的に検討を行うこと。

(2) 委託元企業及び委託先保育事業者に対して

(ア) 安心できる保育の提供について

4月当初は園児が少なく、夏場以降秋にかけて急増する傾向や、委託元の企業の事情により慣れ保育期間が決まることなど、事業所内保育施設独自の事情を考慮した上で、計画性のある保育を実践する必要がある。

特に、入所して1か月、2か月の間は丁寧な保育が求められること、今後育

児休業の延長により1歳からの保育所利用が多く見込まれることから、企業側においては、育児休業明けからの復帰に際しては、個々の子どもに応じた丁寧な慣れ保育期間の必要性を十分考慮すべきである。

また、委託元企業の従業員である保護者は委託元企業に対して信頼感を持って委託先の保育所に預けており、委託元企業にも安心できる保育を提供する責務があるものと考えられる。

提言 13

【事業者】

委託元企業と委託先保育事業者は日頃から緊密に連携していくとともに、委託元企業においても保育の知識を深め、保育の目的が子どもの最善の利益を考慮するものであるという認識を持って、保育事業を行うこと。

提言 14

【事業者】

重大事故が発生した場合は、保育事業者自身で改善策を検討するだけでなく、第三者による検証を行うなど、徹底した再発防止策を検討すること。