

福島市教育・保育施設重大事故検証報告書

令和2年3月13日

福島市教育・保育施設における重大事故検証委員会

本報告書の利用や報道に当たっては、お亡くなりになられた児童及びそのご家族のプライバシーに配慮した取扱いがなされますようお願いいたします。

福島市

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. 検証の方法	
3. 検証委員会委員	
4. 検証委員会の開催経過	
第2章 検証事案の概要等	4
1. 検証事案の概要	
2. 事案施設の概要	
3. 事案発生時の概況	
4. 事案発生当日までの本児童の施設利用状況	
5. 事案発生時の状況	
6. 現場見取り図	
7. 睡眠時における確認の状況	
8. 事案施設に対する指導監督等	
第3章 本事案から明らかになった問題点及び課題とその分析	13
1. 午睡時の対応について	
2. 入所後間もない児童への対応について	
3. 健康状態等の確認について	
4. 緊急時の対応について	
5. 職員の研修について	
6. 各種マニュアルについて	
第4章 提言	17
提言1 睡眠中の確認の徹底	
提言2 入所後間もない児童への安全意識の徹底	
提言3 健康状態の確認の徹底	
提言4 保育従事者研修の充実	
提言5 事故防止マニュアル等の整備	
提言6 受動喫煙等のない適切な育児環境づくりの啓発	
参考資料	19

はじめに

まだ、へその緒をつけているわが子を胸に抱いたとき、親として祈ったことは、ただ一つでした。この子が、私よりも長生きしてほしい、そしてできれば、私よりも幸せな人生を送ってほしい、それが親になったばかりの未熟な私の祈りでした。

深い悲しみの中で、この検証委員会の委員をお引き受けし、ただただ親御さんの立場に立ち、「なぜ、この事故は防げなかったのだろうか」「どうしたら二度とこのような事故を起こさないようにできるのだろうか」を悩み考え、委員の皆様と検証しました。

「時が戻せるなら」と虚しい思いに、全員がいつも囚われていました。辛く苦しい検証を続けられたのは、この「大切な一人の子どもの命」から、私たちは学ばなければならないという使命感があったからです。二度とこのような事故を起こさないために、私たちは、そして行政は何をしなければならないのかを、ひたすら検証しました。

胸が痛くなる悲しみと産みの苦しみからの提言です。

認可外保育施設(ベビーホテル)で起きた事故として検証していますが、提言は、認可外保育施設だけでなく、認可保育所等、その他、子どもを預かるすべての施設やそこを管轄する行政にとって必要な内容です。この「大切な一人の子どもの命」が私たちに与えてくれる教訓を、共に心に深く留め、改めて教育・保育の環境を検証し、子どもたちの健康や安全が保証される教育・保育環境づくりに努めて頂くよう切に願います。

福島市教育・保育施設における重大事故検証委員会
委員長 西内 みなみ

第1章 検証の目的及び方法

1. 検証の目的

事故の検証は、関係者の処罰を目的とするものではなく、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、その子ども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ものである。

2. 検証の方法

特定教育・保育施設等において重大事故が発生した場合に、中核市等が実施主体となって検証を行う際の基本的な考え方、検証の進め方等が「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について（平成28年3月31日付け府子本第191号等内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）等通知。以下「内閣府通知」という。）」により示された。

本事案が平成30年12月に発生したことから、福島市では内閣府通知を踏まえて検証を行うこととし、「福島市教育・保育施設における重大事故検証委員会」を設置した。

検証委員会は、重大事故の再発防止に知見を有する、学識経験者、弁護士、医師、保育士で構成し、7回にわたり会議を開催し、検証を行った。

なお、会議は関係者のプライバシー保護に配慮し、非公開で開催した。

3. 検証委員会委員

氏名	職業等
新開 文雄	弁護士法人新開法律事務所 代表社員弁護士
鈴木 順造	公益財団法人福島県保健衛生協会 会長（小児科医）
西内 みなみ	学校法人コングレガシオン・ド・ノートルダム 桜の聖母短期大学 学長
山崎 麻弥子	社会福祉法人創世福祉事業団 三育保育園 園長

（五十音順）

4. 検証委員会の開催経過

開催日	内容
平成 31 年 3 月 19 日	第 1 回検証委員会 「事案の内容把握」
令和元年 6 月 19 日	第 2 回検証委員会 「問題点・課題の抽出」
令和元年 9 月 27 日	第 3 回検証委員会 「提言の検討」
令和元年 11 月 25 日	第 4 回検証委員会 「報告書の内容検討」
令和 2 年 2 月 5 日	第 5 回検証委員会 「報告書の内容検討」
令和 2 年 2 月 25 日	第 6 回検証委員会 「報告書の内容検討」及び「報告書の取りまとめ」
令和 2 年 3 月 13 日	第 7 回検証委員会 「市長へ報告書の提出」

第2章 検証事案の概要等

1. 検証事案の概要

今回、検証した事案は、平成30年12月25日（火曜日）に、認可外保育施設（ベビーホテル）で発生した1歳2か月児の死亡事故である。

本児童は平成30年12月10日に入所し、慣らし保育中であった。本事案が発生したのは登園8日目で、当日は午前9時頃に登園、午後0時頃からうつぶせ寝の状態でも睡眠していた。保育従事者は、午後2時頃に保護者が迎えにきたことから、本児童を起こそうとしたが、手足が冷たく、ぐったりしていたため、救急搬送を要請するとともに、蘇生措置を実施した。その後、救急隊が到着し、搬送された医療機関で死亡が確認された。

2. 事案施設の概要

種 別	認可外保育施設（ベビーホテル）
事業開設年月日	昭和60年10月1日
設置者種別	個人
系列施設	無
開所時間	通常開所時間：午前7時～午後6時30分 時間外開所時間：午後6時30分～午後11時30分（泊り可）
建物の構造	鉄骨・木造2階建て
保育室等の状況	乳児室1室68.1㎡、保育室5室338.1㎡ 調理室2室33㎡、遊戯室165㎡、その他38.4㎡
クラス編成	0歳児1クラス、1歳児2クラス、2歳児2クラス 3歳児1クラス、4歳児1クラス、5歳児1クラス

3. 事案発生時の概況

発生（異常覚知）日時	平成30年12月25日（火曜日）午後2時頃	
在籍児童数 （発生時）	0歳児クラス18名、1歳児クラス26名、2歳児クラス17名 3歳児クラス20名、4歳児クラス20名、5歳児クラス28名	
職務に従事していた 職員数（発生時）	園長1名、保育士15名（常勤6名、パート9名） 保育補助者13名（常勤5名、パート8名）	
発生場所	0歳児保育室	
使用していた寝具 （施設から聞き取り）	敷布団	形状：縦118cm×横68cm、厚さ約3cm
		材質：ポリエステル
	毛布	形状：縦100cm×横70cm
		材質：ポリエステル・綿

4. 事案発生当日までの本児童の施設利用状況

日 時	利 用 状 況
12月10日(月)	登園(午前9時～午前11時)
12月11日(火)	登園(午前9時～午前11時)
12月12日(水)	登園(午前9時～午後0時)
12月13日(木)	登園(午前9時～午後0時)
12月14日(金)	欠席(保護者の都合)
12月15日(土)	欠席(保護者の都合)
12月16日(日)	欠席(保護者の都合)
12月17日(月)	登園(午前9時～午前11時)
12月18日(火)	欠席(本児童の発熱)
12月19日(水)	欠席(本児童の発熱)
12月20日(木)	登園(午前9時～午後0時)
12月21日(金)	登園(午前9時～午後1時)
12月22日(土)	欠席(保護者の都合)
12月23日(日)	欠席(保護者の都合)
12月24日(月・祝)	欠席(保護者の都合)
12月25日(火)	登園(午前9時～午後2時)

5. 事案発生時の状況

(1) 市の立入調査における保育従事者からの聞き取り内容

時 間	内 容
午前9時00分	保護者と一緒に登園。体温36.6℃と記録有。
午前9時15分	午前のおやつを食べた。献立はゼリーと麦茶だったが、保護者から無添加の食品を与えてほしいと言われていたので、保護者との了承の上で、園で用意した「野菜スティック数本(3本程度)」と麦茶を提供した。
	入所後間もないこともあり、よく泣いていた。昼食までは、D保育士が抱っこをしていた。おもちゃで遊び、指さしで教えてくれていた。
午前11時00分	昼食(8枚切の食パンを4等分した1枚分、から揚げ、クリームシチュー、チーズ、リンゴ) 給食になって少し元気になり食べたが、給食を食べるのは1番遅く、パンの耳は残していた。
	昼食後、口の中が空であることを確認し、衣服は汚れていなかったのでもそのままおむつ交換をして、午睡するため隣室へ移動した。
午後0時10分	うつぶせにすると寝入りがいいため、1歳児クラスから応援に来ていたB保育補助者がうつぶせ寝にし、A保育士に引き継いだ。

	その後、あお向けにしたのか、どうしたかは1歳児クラスへ戻ったため分からない。(I保育補助者曰く)
午後1時00分	A保育士が、うつぶせ寝のまま顔だけ横向きにした。
午後1時45分頃	保護者が迎えに来る。A保育士が玄関から入ってくる保護者の姿を見て、本児童を抱きかかえるが、冷たくなっており、顔が紫色になっていた。 H保育士が、A保育士が抱き上げる直前に本児童を見たが、布団に顔をつけてうつぶせ寝になっていた。布団は汚れていなかったため嘔吐はなかった。綿毛布は首のあたりから下にかかっている、頭は出ている。
午後1時59分	救急搬送要請。園長は当時敷地内の駐車場にいたが、呼ばれ駆け付ける。A保育士が人工呼吸をし、H保育士がAEDを持ってくる。A保育士がAEDを使用するも「電気ショック不要」と表示される。2度試すが、効果なし。3度目をやろうとした時に救急隊到着。医療機関に搬送される。医療機関から、A保育士の電話連絡を受け、園長が自家用車で向かう。
午後2時43分	死亡確認。 午後3時少し前、園長が医療機関に到着し、保護者に亡くなった旨を伝え聞く。

(2) 事案施設から市に提出された事故報告書の概要

時 間	内 容
午前9時00分	D保育士が受け入れた。本児童検温 36.7℃
午前9時05分	1人1人名前を呼ばれて返事。数字の歌(数字の1はなあに…) 焚火の歌(垣根の垣根の…) おやつ(時計が鳴ります…) を歌う。 その後「いただきます」のあいさつ。
午前9時15分	午前のおやつを3本、麦茶をスプーンで3~4口飲んだ。
午前9時40分	おやつのごちそう様の後、おむつ交換。
午前10時00分	活動の時間(遊ぶ時間) 本児童は保育室の中を、3.4歩歩きながらぬいぐるみを抱っこし、手を動かして遊んでいた。ちょっとぐずった時はD保育士のおなかに背中をつける形での抱っこで落ち着いた。 昨日美容室で切ってもらった本児童の髪を見て、「かわいいね」と声をかけるとニコツとした。少しあるはねた寝癖もとってもかわいい本児童だった。
午前10時40分	おむつ交換
午前10時50分	水分補給
午前11時00分	食事の部屋へ移動

午前 11 時 05 分	読み聞かせの時間(絵本) 「だるまさんころんだ」シリーズの本を 1 冊読み聞かせ。 給食の歌(きゅうしょくきゅうしょく、嬉しいな…) 「いただきます」のあいさつ。
午前 11 時 15 分	給食の時間 応援の保育士を含め 5 人体制で食事介助をする。 (A、C、D、I、J) 給食の内容 1 口大の食パン・野菜サラダ・(からあげは食わず) 本児童は保育士が見守る中、最後まで一人で食べていた。 口の中が空なのを確認した。
午前 11 時 40 分	受け入れの保育室へ移動。 本児童は保育室で布団から立ち上がり、布団の周りをぐるぐる歩いていた。 午睡の準備:下から敷布団⇒おねしょ防水シート⇒敷布団カバー その上に本児童を寝かせた。
午前 11 時 50 分	本児童は最初からうつぶせで寝かされた。 うつぶせ寝で死亡する可能性も知っていて、その後約 2 時間の間、脈と呼吸の確認は一切していない。 ※実際福島市からの伝達事項は乳児 1 歳 6 ヶ月迄は 5 分ではあったが徹底されていなかった。
午後 1 時 00 分	うつぶせだったので危ないと思い、A保育士が顔を横向きにしただけで、実際はあお向けにはしなかった。呼吸と脈の確認もしていなかった。
午後 1 時 57 分	父が迎えに来たので、13 時以降 A 保育士は初めて本児童を見た。 その時 A 保育士と本児童の位置は 30cm 位で真横にいた。 A 保育士はその時初めて本児童の異常に気付いて園長先生に連絡した。 A 保育士はびっくりして救急車を呼ぶ事ができなかった。 その時 A 保育士は父に「あっちに行ってください」と言った。と父から話がありました。しかし A 保育士はそのことは覚えていなかった。
午後 1 時 59 分	父はあきらかに本児童が異常だと思い、父が救急車を呼んだ。(その後一緒に来ていた母を呼んだ。) その後救急車が来るまで、A 保育士とその他 2 名の先生(H、救急講習を受講していた学童指導員の K)で AED を使い処置をした。その時朝受け入れをした D 保育士は 13 時に帰る計画のシフトのため帰宅していた。午後から H と F が出勤した。 救急車が来た。
午後 2 時 43 分	医療機関で死亡確認。

(3) 緊急搬送経過等 (福島市消防本部救急課より情報提供)

①緊急搬送経過

時 間	内 容
午後 1 時 59 分	119 番通報
午後 2 時 05 分	救急車 現場到着
午後 2 時 08 分	救急車 現場出発
午後 2 時 15 分	救急車 医療機関到着
午後 2 時 16 分	医師へ引き継ぎ

②状況

- ・救急隊現場到着時、心肺停止状態であるため心肺蘇生法を実施、AEDによる心電図解析で心静止であり、除細動の適応外であった。
- ・心肺蘇生法を継続しながら医療機関へ搬送した。

(4) 事案施設の児童及び職員の状況

①児童の状況 (0歳児クラス)

在籍数 18名 (0歳3名、1歳15名)

事案発生日の児童数 15名 (0歳3名、1歳12名)

事案発生時の児童数 14名 (0歳2名、1歳12名、午後1時に1名降園)

②0歳クラス担当者のシフト状況

氏名	保有資格	シフト
A	保育士	午前7時00分～午後4時30分 (常勤)
B	無	休暇 (常勤)
C	無	午前9時00分～午後4時00分
D	保育士	午前9時00分～午後1時00分
E	保育士	休暇 (午前勤務)
F	無	午後1時00分～午後5時00分
G	保健師	休暇 (木・金曜日のみ午前9時00分～午後4時00分勤務)
H	保育士	午後1時00分～午後4時00分

③職員配置状況 (□は保育士資格を有する保育従事者)

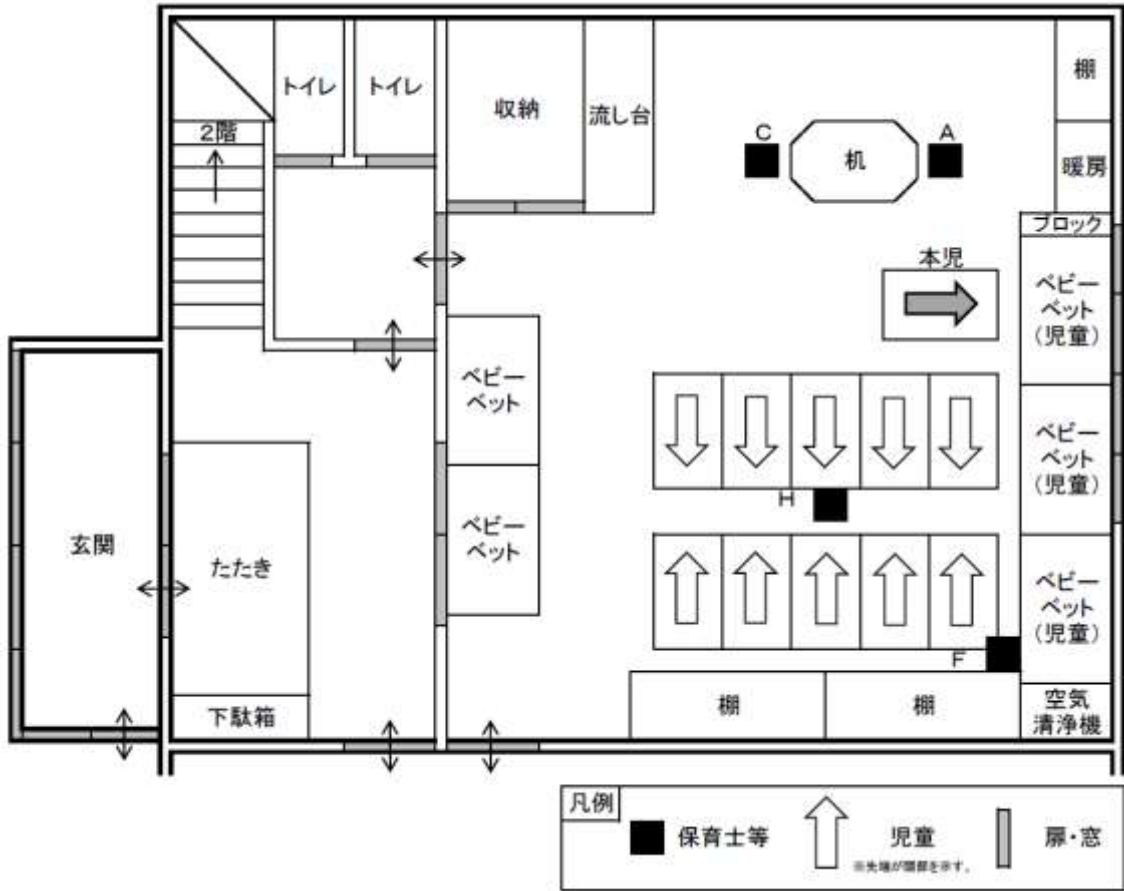
時 間	内 容
午前	4名で対応。 保育従事者 □A、C、□D、I (1歳児クラス担当)
午前10時45分 ～午前11時45分	J (1歳児クラス担当) が応援に入り、昼食対応。 保育従事者 □A、C、□D、I、J
午前11時45分 ～午後0時10分	Jが1歳児クラスへ戻る。 保育従事者 □A、C、□D、I
午後0時10分 ～午後0時45分	Iが1歳児クラスへ戻る。 保育従事者 □A、C、□D
午後0時45分 ～午後1時00分	F、□Hが出勤する。 保育従事者 □A、C、□D、F、□H
午後1時00分～ 発生時	□Dが退勤する。 保育従事者 □A、C、F、□H

④午睡時の職員の行動

職 員	内 容
A保育士 C保育補助者	連絡帳記入。記入後、午後1時15分から、保育室で昼食をとる。 本児童は入所後間もなかったもので、Aのそばに布団を敷いて視野の中に入る位置で連絡帳を書いていた。そばに行ってチェックはしなかったが、視野に入るように配慮はしていた。しかし、保護者が迎えに来るまで異変には気が付かなかった。
F保育補助者	午後1時00分から、翌日の準備。(使用済オムツを入れるビニール袋に児童の名前を記入) その後は月齢の低い児童のベッドのそばに立つ。
H保育士	午後0時45分から午後1時30分頃までトイレ掃除。 その後は目覚めた児童の布団のそばに座る。

6. 現場見取り図

0歳児保育室周辺の状況（午後1時45分ごろ）



7. 睡眠時における確認の状況

睡眠時における確認の状況について、市が事案施設の園長・担当者から聞き取った内容は以下のとおりである。

(1) 睡眠時の観察方法

聞き取り者	内 容
園 長	30分毎に呼吸と脈の確認をする、仰向けにする、という施設の方針になっている。
担任職員	施設の方針、観察の方法は知らない。

(2) 施設の方針の周知方法

聞き取り者	内 容
園 長	園長自らが保育に入った時に職員に伝えている。
担任職員	睡眠チェックはしていない。方法も知らされていない。 通常、睡眠チェックはしていないが、睡眠中の児童全員が見える位置に座って常に児童を見ながら連絡帳記入や翌日の準備などを行っている。そのため、目覚めた児童はすぐにわかりそばに行く。当日も午後2時前から目覚めた児童のそばにいた職員がいた。

8. 事案施設に対する指導監督等

事案施設に対する指導監督の状況は以下のとおりである。なお、平成30年4月1日の中核市移行前については、福島県が立入調査を実施、中核市移行後は福島市が立入調査を実施している。

(1) 平成29年度立入調査（定期）における改善指導内容

①実施主体

福島県

②実施日時

平成29年6月27日

③改善指導内容

文書指摘事項	なし
口頭指摘事項	消火訓練を実施したときは、実施したことが分かるように記録すること。
助言事項	なし

(2) 平成 30 年度立入調査（定期）における改善指導内容

①実施主体

福島市

②実施日時

平成 30 年 7 月 26 日

③改善指導内容

文書指摘事項	なし
口頭指摘事項	なし
助言事項	ア. 児童用の手洗設備に石鹸を設置し、感染症流行時等には特に衛生面に配慮すること。 イ. 保育室に設置されているテレビに転落防止のための対策を講ずること。 ウ. 避難訓練と併せて、消火訓練を毎月 1 回以上実施すること。 エ. 職員の採用時には健康診断を必ず実施すること。 オ. 使用期限の切れた医薬品が見受けられたので、適切に管理すること。 カ. 各保育室に嘔吐物処理セットを設置すること。併せて、使用方法について、職員間で確認すること。 キ. 感染症罹患児童の再登園時には、「医師の意見書」により、かかりつけ医とのやりとりを記載した書面の提出を保護者に求めること。 ク. 掲示物の画びょうが外れないようにテープを貼るなどの処置をとること。 ケ. 姓が変わった職員に保育士証の変更手続きをするよう指導すること。

第3章 本事案から明らかになった問題点及び課題とその分析

1. 午睡時の対応について

(1) 問題点・課題

- ①本児童はうつぶせ寝の状態だった。
- ②睡眠チェック（体位の確認、頻度）が十分ではなかった。
- ③本児童の異変を保護者が確認するまで、保育従事者が気づかなかった。

(2) 分析

- ①本児童はうつぶせ寝の状態だった。
 - ア. うつぶせ寝の方が寝つきが早い児童が多い。
 - イ. 午睡時は、休憩や保育事務を交代で行うため、早く寝かしつけたいという意識が働くこともある。
 - ウ. うつぶせ寝から仰向け寝に変えても、うつぶせ寝に戻ってしまう。体位を変えることで目を覚まして泣いてしまう児童も多く、他の児童も巻き込んで起こしてしまうこともある。
 - エ. 担当保育士は、うつぶせ寝の状況確認時に危機感を持ち、顔だけ横向きにした。危険性を分かっているながら完全に対処できなかった。その理由としては、保育士が抱えている事務等の業務の大変さがあったのではないかと考えられる。
 - オ. 保育従事者がうつぶせ寝の危険性を十分理解していなかった。
 - カ. 仰向け寝の徹底、特に寝返りなどで仰向けからうつぶせになるという体位変化にも注意すべきである。さらに、固い表面の上に寝かせる、児童が眠る場所に柔らかい物や寝具は置かないようにすることが必要である。
 - キ. 寝具は、厚い布団ではなく、薄い布団で、児童が寝返りできるような硬さの布団を選択することが重要である。
- ②睡眠チェック（体位の確認、頻度）が十分ではなかった。
 - ア. 睡眠時には、5分毎の確認が必要だったところ、本児童は午後0時10分にうつぶせ寝で入眠、そのまま担当保育士に引き継ぐ。午後1時00分に担当保育士がうつぶせ寝から仰向けに向きを変えようとしたが、泣いて起きそうだったので、顔だけを横向きにしたとのこと。睡眠チェックは十分ではないが、一度本児童の体に触れ、様子を確認している。
 - イ. 目視での確認を全体に対して行っているが、安全面ではなく、目覚めた児童の対応のための確認になっているのではないかと考えられる。
 - ウ. 保育従事者の睡眠確認に対する知識が不十分だった。
 - エ. 睡眠チェックが保育従事者に周知されていなかった。
 - オ. 児童の午睡時には、定期的な呼吸確認を行う。その際は、見るだけでなく、ゆるやかな刺激覚醒（児童をやさしく撫でるなど）を行うべきである。

- ③本児童の異変を保護者が確認するまで、保育従事者が気づかなかった。
- ア. 担当保育士が事務（連絡帳等）に集中していた。
 - イ. 午後1時00分に確認してから午後1時45分までの間、保護者の迎えの時間が迫り、事務（連絡帳等）に集中して、本児童の兆候・変化を感じられなかったのではないか。
 - ウ. 保育関係事務は、保育士（有資格者・正職員）が行うことが多く、担当する業務の量が多いと考えられる。
 - エ. 自分の近くに寝せたことで安心して、静かに入眠していると思い込んでしまった。

2. 入所後間もない児童への対応について

(1) 問題点・課題

- ①本児童は、入所後8日目の登園で、慣らし保育期間中であった。事案発生直前の3日間は登園しておらず、慣らし保育の実施状況が十分でなかった。
- ②慣らし保育初期には、SIDS（乳幼児突然死症候群）やALTE（乳幼児突発性危急事態）の危険性は非常に高いという認識が欠如していたものと考えられる。

(2) 分析

- ①本児童は、入所後8日目の登園で、慣らし保育期間中であった。事案発生直前の3日間は登園しておらず、慣らし保育の実施状況が十分でなかった。
 - ア. 慣らし保育は、1週間から10日を目安に行うが、個々の状態、家庭の状況、保護者の仕事の状況によって異なる。本児童の慣らし保育は、初めは2時間からと通常の慣らし保育を実施しているが、途中自己都合や発熱で2日～3日続けて施設を休んでいる。その場合、リズムが崩れ、慣らしの意味が薄れてしまう。休みが続いた休み明けにもかかわらず、午睡の時間を延ばし、迎えの時間も延ばしている。
 - イ. 事故直前は休みがちで、慣らし保育の計画性が不十分だった。休み明けには本当はゼロからスタートしなければいけなかった。
 - ウ. 慣らし保育のポイントは、施設の雰囲気、担任に慣れる、おやつ・昼食が食べられる、施設で眠れる等だが、休み明け、お昼寝する前の慣らし保育に戻せるとよかった。
 - エ. 保育従事者・保護者の双方が、慣らし保育期間初期のSIDS発症リスクを共通認識し、慣らし保育を実施すべきである。その際、それぞれの児童の体調、状態に合わせた保育時間の短縮なども併せて考慮すべきである。

②慣らし保育初期には、SIDSやALTEの危険性は非常に高いという認識が欠如していたものと考えられる。

ア. 「何となくいつもと様子が違う、軽い風邪のような症状がある、機嫌が悪い、普段より食欲がない」など軽微な体調不良が考えられるものは、通常は保育施設で預かる範囲の体調であると思われる。しかしながら、慣らし保育期間初期における児童の疲労や環境変化に伴うストレスがSIDS発症に関与している可能性があり、慣らし保育期間初期にSIDS発症が多いことを認識し、特に注意すべきである。

3. 健康状態等の確認について

(1) 問題点・課題

①本児童は、事案発生前、発熱のため登園していなかったが、保育従事者は、本児童の症状等を保護者から聞き取り・確認をしておらず、本児童の体調が客観的に把握されていないことが推察される。

(2) 分析

ア. 保護者から欠席の報告があった際は、欠席中の児童の体調について必ず確認する。また、欠席が続いたり、病気で休んだ時に保護者から連絡がない場合は、施設から保護者に連絡して状況を確認するべきである。

4. 緊急時の対応について

(1) 問題点・課題

①事案施設の保育従事者は、救命救急講習の受講歴がなく、異常発見時に救命措置が十分にされなかった可能性がある。

(2) 分析

ア. 異常発見後、職員3名で蘇生措置（人工呼吸・胸骨圧迫・AED）を行ったと事案施設から提出された事故報告にはあるが、その後の市の聞き取りでは、主に担当保育士が心肺蘇生法を実施している。知識はあっても実際に行うのは難しい点がある。

5. 職員の研修について

(1) 問題点・課題

①保育従事者が救命救急講習を受講していなかった。

②保育従事者の睡眠確認に対する知識が不十分で、学ぶ機会もなかった。また、睡眠チェックに対する意識も欠如していた。

(2) 分析

①保育従事者が救命救急講習を受講していなかった。

ア. 保育従事者が救命救急講習を受けることを義務付けられていないことから、受講していないことを問題視することは難しいと思われる。今後は、義務付けして問題が発生したときに保育従事者が直ちに対応できるようにして、問題を最小限にすることが望ましい。

イ. 救命救急講習を受講するだけでなく、避難訓練の時などに実際に施設でやってみることが必要である。

ウ. 職員配置に余裕がない施設では、講習・研修の受講が困難な場合がある。

エ. 職員配置に余裕がない施設では、動画配信による受講や出前講座等の実施が考えられる。

②保育従事者の睡眠確認に対する知識が不十分で、学ぶ機会もなかった。また、睡眠チェックに対する意識も欠如していた。

ア. 保育補助者は、食事、午睡、排泄等養護に関わることが多いが、自己の経験からの保育になりがちである。

イ. 市が行った平成 30 年度の立入調査の後、事案施設では、午睡時の観察に関しての文書を職員に配付しているが、園長から内容の説明がなかったことで、保育従事者には正しい知識として伝わらなかった。

ウ. 午睡の見守りは、目視で、目覚めた児童や泣き出した児童への対応はされていた。

エ. 有資格者からの午睡時の注意点、指示等はなかった。

オ. 職員配置に余裕がない施設では、動画配信による受講や出前講座等の実施が考えられる。

6. 各種マニュアルについて

(1) 問題点・課題

①各種マニュアルが十分に整備・周知されていなかった。

(2) 分析

ア. 各種マニュアルの整備は、認可外保育施設でも備えられていたと思うが、見直しや共有化の研修等がされていなかったのではないかと考えられる。

イ. 保育に関する各種のマニュアルを十分に整備して保育従事者に周知する必要がある。

ウ. マニュアルに慣らし保育の初期の危険性を明記するべき。特に公立のマニュアルに慣らし保育の重要性を加えれば、他の施設にも波及すると思われる。

エ. 周知に関しては、職員数が多く、24 時間のローテーションの中では、口頭のみ、文書のみという方法では全職員に伝わらない。実際に大切なことが伝わっていなかった。

第4章 提言

検証委員会では、本事案の検討を開始するにあたって、死亡原因にかかわらず、児童の保育状況、職員の勤務状況、施設での保育の方法、事故発生当時の状況などの背景的要因についての検証から、事故の再発防止策を提言にすることを確認した。

重大事故の再発を防止するためには、事案が発生した施設のみならず、児童の教育・保育を行う市内のすべての施設の管理者、教育・保育従事者をはじめ、関係者が事故発生の背景的要因を理解し、再発を防止するために必要な対応策を共有し、実行していくことが重要である。

また、福島市は本事案の発生を踏まえ、今後このような重大事故の再発防止に取り組まなければならない。そのため、検証委員会では、以下の6項目について提言する。

委員の総意として、これらが着実に実施され、重大事故の防止が図られることを希望するものである。

【提言1】 睡眠中の確認の徹底

○児童の午睡時には、定期的な呼吸確認が行われ、その際には、見るだけでなく、ゆるやかな刺激覚醒（児童をやさしく撫でるなど）を行うことが重要である。

とりわけ、0歳児、1歳児の場合には、仰向けで寝かせることが極めて重要であり、着用している衣服にも十分留意し、体が熱くなりすぎないように注意が必要である。

また、寝具は、薄く児童がうつぶせになってしまった場合でも容易に寝返りできる沈み込まない硬さの布団の使用が必要である。

○市においては、睡眠中の児童の安全を確保するため、保育従事者の人的な睡眠時チェックに加えて、より安全性を高めるために設置する乳幼児用呼吸モニター等の利用促進を図ることが重要である。

【提言2】 入所後間もない児童への安全意識の徹底

○入所後間もない時期は、SIDSやALTEの危険度が高いとされており、改めて保育従事者は認識する必要がある。

慣らし保育期間初期における環境変化に伴う児童の疲労やストレスが、SIDS発症に関与している可能性も考えられることから、保育従事者・保護者の双方が、このことを認識したうえで慣らし保育を開始すべきである。

○市においては、SIDS等について保育従事者・保護者の理解を深める啓発を行うことが重要である。

また、保育従事者等関係者が活用する慣らし保育のマニュアルを作成するとともに、巡回支援指導、研修会等を通じた施設に対する助言を充実していくことが重要である。

【提言3】 健康状態の確認の徹底

○登降園時、在園中の児童の様子の観察に加えて、保護者からの聞き取りなどにより、児童の健康状態を確認することが重要である。特に、体調不良による欠席の場合、自宅での様子や医療機関の受診結果の聞き取りをすべきである。

また、保育従事者は日頃から、児童の健康状態の円滑な把握へとつながるため、保護者との連絡を密にすべきである。

○市においては、保護者と保育従事者との児童の健康状態等の情報共有についての理解を深める啓発を行うことが重要である。

また、マニュアル作成及び見直しにおいて、児童の健康状態の把握に関する内容を充実させるよう指導や支援を行うことも重要である。

【提言4】 保育従事者研修の充実

○緊急時に保育従事者がすぐに適切な対応ができるよう、心肺蘇生法等の救命救急法を習得するとともに、常日頃から訓練を行うことが重要である。

また、事業者は、保育従事者の専門性をより高め、児童の安全と健康が確保されるよう、保育従事者が外部研修を受講することが必要である。また、施設内での研修も拡充し、保育従事者に受講させることが必要である。

○市においては、緊急時に適切に対応できるよう事業者が行う救命救急講習等の開催を促すとともに、市が実施する研修の内容をさらに充実することが重要である。

【提言5】 事故防止マニュアル等の整備

○事業者は、保育従事者が児童の安全と健康を守れるよう、うつぶせ寝の防止徹底など事故防止に資するマニュアル及び緊急時のマニュアル等を施設内に備えるとともに、職員に対する施設内研修を定期的実施していく必要がある。

○市においては、マニュアル作成を支援するとともに、定期的なマニュアル整備と周知の確認と研修実施等に対する指導や支援を実施することが重要である。

【提言6】 受動喫煙等のない適切な育児環境づくりの啓発

○妊婦の喫煙や妊婦や乳幼児の受動喫煙は、SIDS発症に繋がる要因の一つであることを保育従事者、保護者は認識を深めることが必要である。このことを認識したうえで保育従事者、保護者などが共に協力し、適切な育児環境をつくることが重要である。

○市においては、妊婦の喫煙や妊婦や乳幼児の受動喫煙は、胎児等の成長・発達に大きな影響を及ぼすことを保育従事者、保護者をはじめ、市民が理解を深め、適切な育児環境づくりを啓発することが重要である。

参考資料

- ・『認可外保育施設において発生した0歳児の死亡事例 検証報告書』平成30年3月9日
千葉県社会福祉審議会
- ・『認可外保育施設等における重大事故検証報告書(平成30年9月認可外保育施設)』令和
元年9月 茨城県認可外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
- ・小保内 俊雅(多摩北部医療センター小児科部長)『保育施設での子どもの突然死とその予
防』ラジオNIKKEI 放送内容集、P.30-34(2018年9月5日放送 PDF版)
- ・Moon RY, et al. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths Evidence Base
for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment.
Pediatrics. 2016 Nov;138(5). pii: e20162940.
- ・Erck Lambert AB, et al. Sleep-Related Infant Suffocation Deaths
Attributable to Soft Bedding, Overlay, and Wedging. Pediatrics. 2019
May;143(5). pii: e20183408. doi: 10.1542/peds.2018-3408.