

宮崎市教育・保育施設等重大事故検証委員会報告書

(認可外保育施設における午睡中の死亡事例について)

令和6年3月

宮崎市教育・保育施設等重大事故検証委員会

目次

はじめに

第1章 検証の目的、方法及び経過

- 1 検証委員会の設置及び開催
- 2 検証の目的
- 3 検証の方法と経過

第2章 事案の概要

- 1 施設の概要
- 2 事案の概要
- 3 事案発生時の保育室の状況
- 4 事案発生時の状況（時系列での整理）
- 5 事案発生当日の児童数と職員体制
- 6 施設における本児の健康状態の確認状況
- 7 本児の発育の状況及び施設へ伝えた内容等
- 8 施設の睡眠時の環境、睡眠チェックの状況
- 9 施設における緊急時の対応状況
- 10 施設における保育の実施状況
- 11 施設に対する市の指導状況
- 12 警察における確認事項
- 13 本児の死亡原因についての委員会としての整理

第3章 本事案を通して検討すべき問題及び課題

- 1 保育の実施状況に関する問題点及び課題
- 2 行政の指導・監督等に関する問題点及び課題

第4章 提言

- 1 施設の管理体制と職員教育のあり方（発生予防、発生時に対応するために）
- 2 事故防止に向けた行政の取組みの見直しと強化について

おわりに

委員名簿

参考資料

はじめに

保育所、認定こども園、幼稚園、認可外保育施設等における子どもの死亡事故などの重大事故の発生を防止するため、国では平成28年3月に「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」が作成され、全国で事故発生防止への取り組みが進められているところです。

しかしながら、他県においては送迎バスに置き去りにされた子どもが亡くなるという大変痛ましい事案が続けて発生するなど、教育・保育施設等における重大事故が繰り返され、令和5年4月1日からは各施設において安全計画の策定が義務付けられました。

このように、子どもの安全確保について厳格化が進む中で、本市内の認可外保育施設において、令和5年3月19日、0歳4ヶ月の男児が午睡中に異常を呈し、救急搬送され、その後死亡が確認されるという重大事故が起きました。

本検証委員会においては、子どもの権利条約にも明示されているとおり、すべての子どもの「生命、生存及び発達に対する権利（命を守られ成長できること）」が保障されるべきであるとの前提に立って、本事案を非常に重く受け止め、再発防止のため、事実関係の把握や発生原因の分析等を行ってきました。

検証にあたっては、本件の発生が、「うつぶせ寝の状態では寝具により鼻口部が閉塞したことによる窒息」であったと仮定して、それをどう回避すべきだったかを核として検証を進めてまいりました。

検証にあたり、お亡くなりになられたお子さまのご冥福をお祈り申し上げるとともに、お子さまを亡くされ深い悲しみの中においてご協力をいただきました保護者をはじめ、施設関係者、病院、消防署等の関係機関におかれても情報収集や資料の提供にご対応いただきましたことを深く感謝申し上げます。

第1章 検証の目的、方法及び経過

1 検証委員会の設置及び開催

令和5年3月に市内の認可外保育施設で発生した死亡事故について、国の通知※に基づき、外部委員5名（学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者）で構成する検証委員会が設置されました。

※「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）」

2 検証の目的

検証委員会は、本事案について、事実関係の把握や発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討することを目的とし、検証結果及び再発防止策については報告書として取りまとめて公表し、改めて広く注意喚起を行うとともに具体的な措置を講じるよう周知徹底を行うこととしました。なお、検証にあたっては、関係者の処罰を目的とするものではないことを付記します。

3 検証の方法と経過

事案の事実関係を把握するため、関係者へのヒアリングを行い、関係機関に対する情報提供を求め、収集した情報を整理し、検証を進めてまいりました。

検証の経過は以下のとおりです。

- 令和5年3月19日：事案発生
- 令和5年3月22日：施設から市へ事故報告

(1) 関係者からのヒアリング等の状況

①施設関係者

日程	相手方	聴取内容等
令和5年3月22日	施設長、職員B、C	事故の状況及び現場確認 ※特別立入調査
令和5年3月23日	施設長、職員B	事故の状況 ※特別立入調査
令和5年3月25日	職員A、他職員3名	通常の保育の状況等
令和5年8月17日	施設長、職員B、C	事故の状況（再聴取）

②保護者（両親）

日程	聴取内容等
令和5年4月1日	弔問、事故後の経過報告
令和5年4月21日	検証委員会設置についての説明及び協力依頼
令和5年7月3日	死亡した男児の生育状況等の聴き取り、母子健康手帳の写

	し、診療録開示請求の同意書受領（6月6日に死体検案書の写しは受領済み）
令和5年9月11日	事案発生当日の状況（再聴取）
令和5年10月16日	進捗状況の報告
令和6年1月15日	報告書（素案）のうち、事案の概要部分の記載内容確認

③関係機関等

日付	相手方	提供いただいた内容
令和5年6月27日	宮崎市消防局	救急業務の活動記録
令和5年7月12日	搬送先の医療機関	診療録・画像データ
令和5年9月4日	解剖を行った大学	委員会から出された疑問点に関する回答（口頭）

(2) 検証委員会の開催

日程	内容等
令和5年7月19日	<u>第1回検証委員会</u> <ul style="list-style-type: none"> ・検証委員会の目的、方法、開催スケジュールの確認 ・事案の概要把握 ・疑問点、不明点の整理
令和5年9月27日	<u>第2回検証委員会</u> <ul style="list-style-type: none"> ・追加調査結果の報告 ・問題点・課題の抽出、整理（保育の実施状況）
令和5年12月5日	<u>第3回検証委員会</u> <ul style="list-style-type: none"> ・問題点・課題の抽出、整理（行政の指導監督等） ・提言の検討 ・報告書素案の検討
令和6年2月8日	<u>第4回検証委員会</u> <ul style="list-style-type: none"> ・提言の整理・検討

第2章 事案の概要

1. 施設の概要

種別	認可外保育施設
設置主体	個人
開所時間	24時間
提供サービス	月極契約、一時預かり、24時間保育（対象年齢：4ヶ月～上限なし）
定員	22人 （0歳児4人、1歳児5人、2歳児5人、3歳児2人、4歳児2人、5歳児2人、6歳以上（就学前）2人）
保育従事者	職員 9名 ※令和5年3月1日時点 （保育士1名、准看護師2名、無資格者6名）※施設長含む
開設場所	鉄筋コンクリート造 3階建の1階部分
保育施設の状況	乳児室1室（7.25㎡）、保育室1室（29.78㎡）の2つに区画を区分。 保育室の一角に調乳等を行うキッチン部分あり。

2. 事案の概要

0歳4ヶ月男児（以下、「本児」という。）は、令和5年3月19日（日）に一時預かりとして初めて当該施設を利用し、事故が発生しました。

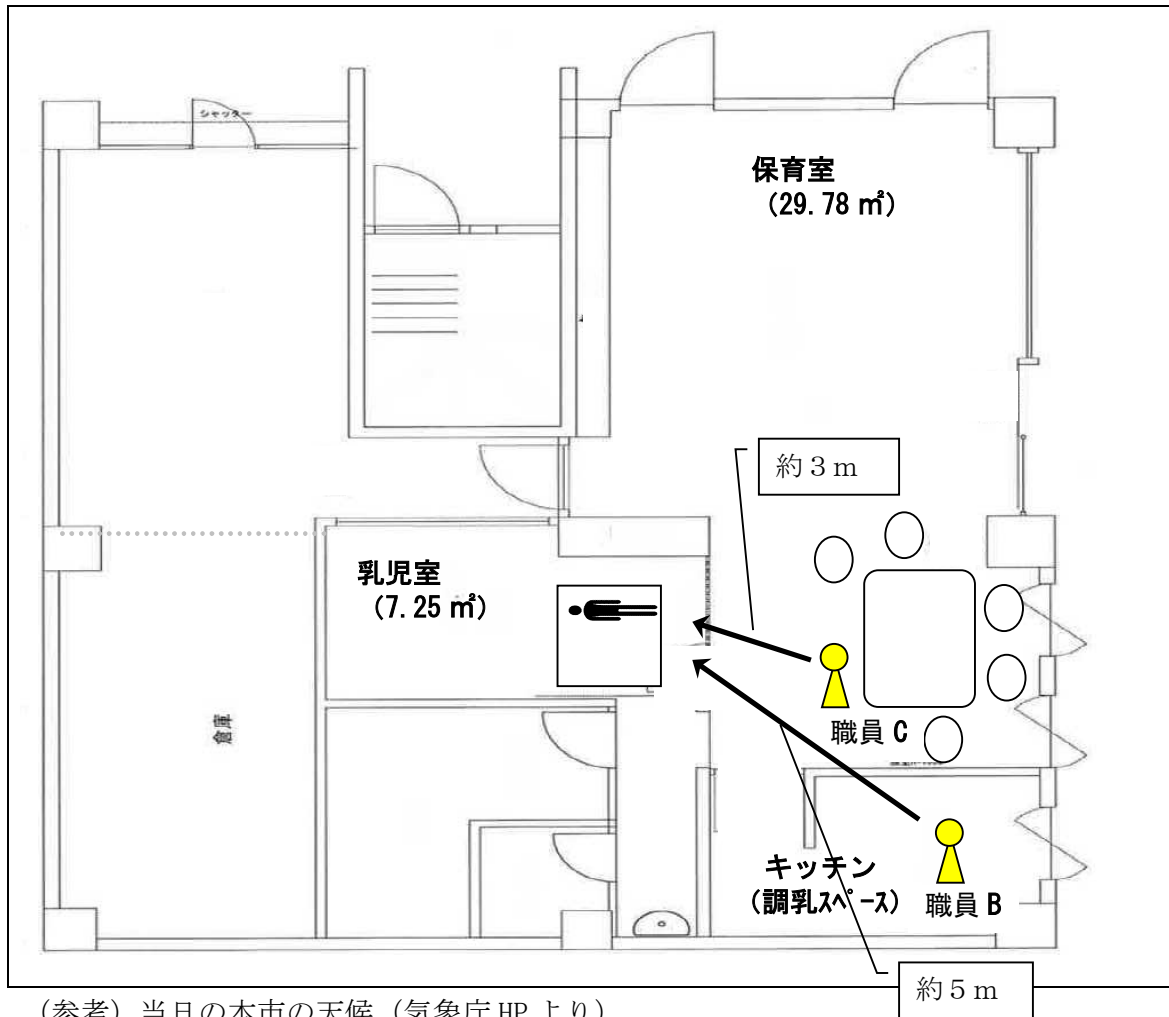
当日の午前中に一時預かりの利用予約を行い、兄（3歳児）と共に13時00分に登園。利用登録の手続きの後、13時32分から兄弟での一時預かりの利用を開始しました。職員は、本児が寝返りを打つ傾向にあることは、登録手続き中に保護者とともに確認しています。また、預かり始めから入眠するまで、ほとんどの時間泣いていたようです。

14時00分少し前からミルクを飲ませ始めましたが、ミルクの飲みが悪く200ccを30分ほど掛けて飲ませた後、14時30分から14時50分の間、職員がトントンしてうつぶせ寝の状態では寝かしつけていました。

本児は、14時50分に入眠。職員は5分おきに午睡チェックを行い、15時05分に午睡チェックを行ったときは、顔色や呼吸に異常は確認されていませんでした。

15時10分、職員が哺乳瓶を取りに行った際に、顔の下に敷いていた毛布に顔が沈んでいるように見えたため、様子を見に行ったところ、鼻血が出ていること、顔色が悪くなっていることを確認。15時17分、職員が119番通報を行うとともに、心肺蘇生を行いました。救急隊到着後、病院に搬送され、その後死亡が確認されました。

3. 本事案発生時の保育室の状況



(参考) 当日の本市の天候 (気象庁 HP より)

13:00 降水量 - / 気温 18.2℃ / 湿度 30%

14:00 降水量 - / 気温 18.0℃ / 湿度 33%

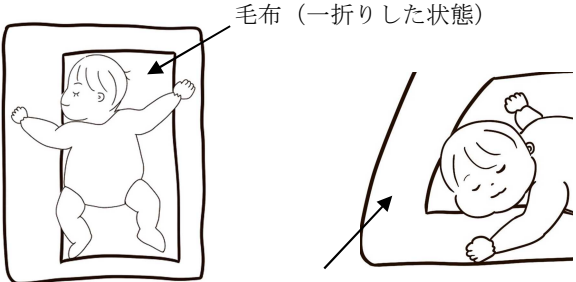
4. 本事案発生時の状況 (時系列での整理)

令和5年3月19日(日)当日の状況について、施設長を含む職員から聴取した詳細な状況は以下のとおりです。

▼有資格者は職員Aのみ

時間	保育の状況等	職員A	職員B	職員C
10:34	保護者から当日午後の一時的な予約について入電。 施設が預かる要件として“首がすわっていること”、“哺乳瓶でミルクが飲めること”を伝え、大丈夫であるとの回答があり電話を受けた職員が施設長に報告のうえ、予約を受け付けた。	○	○	—
13:00	本児と兄が保護者(両親)と共に来園。 初めての利用であったため、登録手続きを行う。 登録手続き中に本児が寝返りをうつことを、保護者(母)と	○	○	—

	職員 A・B ともにその場にて確認。 ※体温の記録 本児 36.7 度 兄 36.6 度			
13:32	本児と兄の預かり開始。	○	○	—
13:53	職員 C が出勤。職員 A・C とで申し送りを行う。 職員 B は本児にミルクを哺乳していた。	○	○	○
14:00 過ぎ	職員 B が休憩に入るため、職員 C が哺乳を交代。 職員 B は何かあったらすぐに戻れるよう、施設の隣の駐車場の車の中で休憩を取っていた。	○	休憩	○
14:09	職員 A が退勤。職員 B が休憩から戻るまでの時間帯は職員 C 1 人のみが保育に従事。	—	休憩	○
14:30 ～ 14:50	ミルクの飲みが悪く、200cc を 30 分ほど掛けて飲ませた後、 14:30～14:50 の間、寝かしつけの為、職員 C が隣で寝ていた 0 歳女児と両方にトントンする。 本児は、入眠直前まで泣いており、うつぶせ寝の方が寝やすいと職員 C が判断し、うつぶせのまま寝かせた。	—	休憩	○
14:50	本児入眠 職員 C による午睡チェック（異常なし） 職員 B が休憩に入っていた 14:00～15:05 までの間、児童 3 人のお迎えがあり、職員 C が 1 人で会計や伝達等を行いながら、保育にも従事していた。	—	休憩	○
14:55	職員 C による午睡チェック（異常なし）	—	休憩	○
15:00	職員 C による午睡チェック（異常なし）	—	休憩	○
15:05	職員 B が休憩から戻る。 その際、本児がうつぶせで寝ていたため、職員 B が職員 C に大丈夫であるか確認し、大丈夫とのことではあったが、心配になり本児の近くに行き、顔が半分うつぶせ寝の状態であったため、本児の体を起こし「いびきをかいているね」と会話をした。 (いびきとは、低く大きな音ではなく、寝息のような感じであり、苦しくもなさそうであった。) <u>家庭から持参した毛布を園の布団の上に敷いていたが、その上から落ちて、園の布団の上に寝ていた状態であったため、家庭から持参した毛布 1 枚を敷きなおし、顔を横に（右頬を下に）して鼻と口が出るように若干高さを付けて寝かせ、職員 B、C の 2 人で顔を覗いてその状況を確認した。（この時点で本児の唇の色はピンクだった。）</u> ※家庭から持参した毛布は、柔らかいが薄いものであった。	—	○	○

	 <p>毛布 (一折りした状態)</p> <p>体はうつ伏せ、顔だけ横に向ける</p> <p>※同時刻、もう一人の0歳児は起きていたが、その時間帯は機嫌も良く抱っこも不要だったため、他園児たちと同じテーブル付近にいた。</p>			
<p>15:05 ～ 15:10</p>	<p>職員 B は他園児の薬の準備と哺乳瓶の洗浄の為キッチンに向かい、乳児室 (本児が寝ていたスペース) に置いたままとなっていた飲み終わった哺乳瓶を取って来るよう、職員 C に依頼し、職員 B はその哺乳瓶をキッチンで洗っていた。(キッチンの洗い場からは、本児の寝ている様子が確認できる。)</p> <p>職員 C は、本児の様子を確認しながら、他の園児のおやつ準備、他に寝ている子のタオルを畳んだりしていた。</p>	—	○	○
<p>15:10 ～ 15:17</p>	<p>職員 C が本児の午睡チェックに行ったところ、鼻の辺りに黒いものが見え、何だろうと思い本児をひっくり返したところ、鼻血が出ていた。異常に気が付き、すぐに職員 B に報告。</p> <p>職員 B がすぐに本児を抱っこして、背中をさすったり呼吸を確認したりしていた。</p> <p>職員 B も C もこの時点では生温かい息や胸が動いているように感じたため、息をしているものと考えていた。ただし息は浅いと感じていた。本児の顔色が悪く、職員 B・C は動揺し、規則的に呼吸をしているのかなどの確認はできていなかった。</p>	—	○	○
<p>15:17</p>	<p>職員 B が、自らの携帯で施設長へ架電。救急車を呼ぶことを報告のうえ、横に控えていた職員 C が携帯でほぼ同時に救急車の要請を行った。</p> <p>職員 C は指令課職員に施設の所在地を聞かれ答えられなかったため、職員 B に電話を交代した。同時に保護者の連絡先を確認し、一度は入電するも 1 回目は不通であった。</p> <p>指令課職員の指示に従い、救急隊到着までの間、職員 B が胸骨圧迫を実施。</p> <p>▼指令課職員口頭指示の内容 (救急業務開示請求回答書より)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本児を仰臥位へ体位変換し呼吸の有無を確認するよう提示。 ・聞き取り内容から呼吸が無いと判断し胸骨圧迫を開始するよう指示。 	—	○	○

	・施設内に AED があれば使用するよう指示。 ※施設には AED の設置は無かった。			
15:23	救急隊到着。 ▼本児の身体状況（救急業務開示請求回答書より） ・心電図で心静止を確認した。顔面蒼白でチアノーゼあり。 四肢硬直なし。皮膚熱感あり。瞳孔左右 5 mm 対光反射なし。体表面に目立った外傷等は確認できなかった。 ▼救急隊接触時の状況及び活動内容（救急業務開示請求回答書より） ・救急隊接触時、ミルク混じりの少量の鼻出血を確認。心肺停止を確認し CPR（心肺蘇生法）を開始した。 ・バッグバルブマスク換気時に口腔内からミルクが噴出したため吸引を実施。	—	○	○
15:26	救急隊が施設を出発。（救急業務開示請求回答書より） 職員 C が救急車に同乗。	—	—	○
15:30	医療機関へ搬送。（救急業務開示請求回答書より）	—	—	○
16:21	死亡確認（医療機関の患者診療記録より） 医療機関での処置：気管挿管後の気管内吸引ではミルクは吸引されなかった。 ※死後に行われた検査で脳出血などの死因となるものはみられなかった。感染症検索では何も特定されなかった。	—	—	○

5. 本事案発生当日の児童数と職員体制

施設長を含む職員からの聴取及び施設から提出された「預かり表」の記載から分かった事案発生時点の児童数は以下のとおりです。

時刻	職員	児童	
14:00	2人	9人	0歳児2人、1歳児3人、2歳児1人※、3歳児3人 ※2歳児1人は職員の子。
	●職員 A（有資格者）、職員 C（無資格者）※職員 B は休憩に入る		
14:09	1人	9人	0歳児2人、1歳児3人、2歳児1人、3歳児3人
	●職員 C（無資格者）※職員 A 退勤（有資格者）		
14:29	1人	8人	0歳児2人、1歳児 <u>2</u> 人、2歳児1人、3歳児3人
	※1歳児1人お迎え		
14:30	1人	6人	0歳児2人、1歳児 <u>1</u> 人、2歳児1人、3歳児 <u>2</u> 人
	※1歳児、3歳児 各1人お迎え		
15:05 ～ 15:10	2人	6人	0歳児2人、1歳児1人、2歳児1人、3歳児2人

異変状態発見時

6. 施設における本児の健康状態の確認状況

施設長を含む職員から聴取した状況は以下のとおりです。

- 本児の健康状態については、利用予約の電話応対時の聞き取りと、預かり直前に保護者が記入した「保育登録申請書」にて以下の内容を確認していた。
- 先天性疾患やアレルギー、既往症等の健康状態には問題が見られず、4ヶ月健診の受診結果においても特段の指導はなかったとの記載あり。

利用予約の電話応対時の聞き取り	保育登録申請書
<ul style="list-style-type: none">・首がすわっていること・哺乳瓶でミルクが飲めること	<ul style="list-style-type: none">・名前、性別、住所、生年月日、月齢・服のサイズ・健康保険証、記号番号・緊急連絡先・先天性疾患の有無・健康状態で心配なことの有無・言葉や発達のことと相談したり指導を受けたことの有無・アレルギーの有無・食物アレルギーの有無、アナフィラキシーショックの既往歴・健診の受診状況・予防接種・既往症・内服薬の有無

○当日の本児の健康状態については、咳が出たり鼻水で塞がっているということは無く、特に異常は感じていなかった。

7. 本児の発育の状況及び施設へ伝えた内容等

保護者からの聞き取り（提供いただいた母子健康手帳記載内容を含む。）からわかる本児の発育の状況、また保護者が施設へ伝えた内容については以下のとおりです。

(1) 発育状況

- ・家では、うつぶせ寝をする子では無かったし、施設に対しても「うつぶせ寝が好き」とも言っていない。
- ・当日は30分掛けてミルクを飲んだとのことだったが、普段ミルクの飲みもすごく良く、10分で完全に飲んでいたほど。
- ・いびきをかいて寝ることだって無かった。
- ・知らない人の抱っこでも、滅多に泣くことが無い子だった。

▼母子健康手帳より

- 出生時（体重 4,184g、身長 51.8cm、頭囲 36.5cm、胸囲 36.0cm）
- 生後1週間以内の経過（哺乳力、黄疸ともに普通。新生児嘔吐があり、NICU入院）
- 生後5日で退院（体重 3,960g。先天性代謝異常症等の検査 異常なし）
- 生後23日の新生児訪問（体重 4,845g）
- 1ヶ月児健康診査（体重 5,110g。健康、体重増加良好）
- 3～4ヶ月児健康診査（体重 7,795g、異常なし）
- 予防注射の接種歴（標準的な接種状況）

(2) 保護者が施設へ伝えた内容

- ・ 予約の電話の際に、施設から首が座っているかの確認があったときには、「座ってはいるけどグラつきます。」と答えている。
- ・ 「寝返りはするけど、戻ることはできません。」と伝えていた。

8. 施設の睡眠時の環境、睡眠チェックの状況

(1) 睡眠時の環境

施設長を含む職員からの聴取によると、寝具は、敷布団は施設の物を使用し、その敷布団の上に家庭から持参した毛布、タオルケットを使用していました。

なお、保育室と乳児室は建物の東面に位置しており、北、東面の二方向からの採光は確保できていました。本児が寝ていた乳児室の仕切りはベビーゲートのみで、表情を見ることができるとはありました。(「3. 本事案発生時の保育室の状況」参照)

(2) 睡眠チェック表の記入状況

施設から提出された事案発生当日の呼吸チェック表は以下のとおりです。

▼ 事案発生当日の0歳児呼吸チェック表

The table shows a grid for recording breathing checks for a 0-year-old child on the incident day. The chart is organized by time blocks (24時, 8時, 16時) and includes columns for date, child name, and age. The grid cells are marked with checkmarks or diagonal lines to indicate when a check was performed. An inset provides a magnified view of the 13:00 to 15:00 period, specifically highlighting the 14:50 to 15:00 interval where a red box and arrow point to a check mark.

(3) 睡眠チェックの状況

施設長を含む職員から聴取した状況は以下のとおりです。

- 本児が14時50分に入眠した以降、寝かしつけをした職員Cが5分おきに午睡チェックを行っていた。5分ごとに顔色や呼吸を確認していたとのことであるが、チェック表には3回分のチェックを15分まとめて斜線を引いていた。

○15時05分、職員Bが休憩から戻った時点で本児がうつぶせで寝ていたため、職員Bが職員Cに大丈夫であるか確認し、大丈夫とのことではあったが、心配になり本児の近くに行き、顔が半分うつぶせ寝の状態であったため、本児の体を起こし「いびきをかいているね」と会話をした。そして、家庭から持参した毛布1枚を敷きなおし、顔を横に（右頬を下に）して鼻と口が出るように若干高さを付けてうつぶせで寝かせ、職員B、Cの2人で顔を覗いてその状況を確認した。（この時点で本児の唇の色はピンクだった。）

【参考】 普段の睡眠チェック方法等に関する聴取のまとめは以下のとおり。

①施設長の普段の睡眠チェック方法等について

- ・全ての従業員が仰向けに寝かせることを理解していたかは証明できない。現場での教育に任せていた。
- ・事故防止に関する施設内研修は行っておらず、施設長が受講した子育て支援員研修の資料を、職員が各自で閲覧して自己学習をしてもらうようにしていた。（資料には施設長のメモで“あお向け”との記載があった。）

②職員の普段の睡眠チェック方法等について

▼聴取内容より

- ・熟睡してしまってから仰向けにすることは多い。
- ・うつぶせで寝る子は多いため、口と鼻の位置（顔の向き）は変えるようにしていた。
- ・うつぶせで寝てしまっても、すぐ近くで見ながら書き物等をしていた。
- ・5分に一度、呼吸をチェックして記録を付けていた。
- ・午睡チェックは、顔色の確認と、胸や背中が動いているかで呼吸を確認していた。
- ・うつぶせ寝が好きな子はうつぶせ寝にさせていた。（交代するとき、「あの子うつぶせの方が寝るから、うつぶせにさせなさい。」と言われることが結構あり、寝かせていないと怒られることがあったため、寝かせることを優先していた。）
- ・睡眠中に職員が1人のときもあった。
- ・呼吸確認の方法は施設として統一されておらず、各自のやり方（肺の動き、寝息の確認、体に触れる、脈を取る、口元での呼吸確認など）で行われていた。
- ・睡眠チェックの間隔について、アラーム等は無く、部屋の時計や個人の時計、体感など様々で施設内で統一はされていない。
- ・同一時間帯に入る職員間で、業務分担は特に無く、睡眠チェックをどちらが行うかも決まっていない。

▼提出書類より

- ・5分おきの記録ではなく、15分ごとにまとめて記録されていることが多い。
- ・チェック項目は呼吸のみで、体位や顔色などは記録されていない。

③0歳児のうつぶせ寝に関しての意識について

- ・0歳児の睡眠チェックは5分おきに行う意識は職員間で共有していた。
- ・うつぶせ寝をしている子は注意する。

- ・うつぶせ寝になっていないか注意し、必ず仰向けにしていた。
- ・熟睡していたら仰向けにする。
- ・うつぶせ寝でも、眠りが浅いときは顔の向きを変えるか起こす。
- ・鼻が詰まっている子は横向きにするなどしている。
- ・スタイが首に巻きついていないか確認する。
- ・手を口に入れて吐いてしまう子は注意していた。
- ・初めて預かる子は泣く子が多い中、うつぶせ寝でやっと寝たのに仰向けにして起こすのはかわいそう。
- ・寝る体勢よりは、子どもの安心感を重視している。

9. 施設における緊急時の対応状況

施設長を含む職員から聴取した緊急時の対応状況は以下のとおりです。

- 施設において、事故対応マニュアルは作成されておらず、救命処置の定期的な訓練も実施されていなかった。
- 施設長と職員 B はいずれも無資格者であるが、子育て支援員研修を受講しており、当該研修において救命処置の項目があることから、当該研修を受講することで、施設内での研修に代えていた。
- 職員がなかなか定着せず短期間で入れ替わることから、事案発生時に勤務していた職員のうち、当該研修受講者は職員 B のみであった。
- 職員 C は当該施設に勤務する以前には保育に従事した経験が無い無資格者であり、実働で3か月程度経過したところであった。

10. 施設における保育の実施状況

施設長を含む職員から聴取した保育の実施状況は以下のとおりです。

- 0歳児の利用について、4ヶ月以上で、首が座っていること、ミルクを飲むことを条件に受け入れをしていた。
- 3ヶ月の研修期間を過ぎれば無資格者1人に保育を任せることはあった。運営上、職員が1人になることはあるため、一人配置が不安だと言う人には辞めてもらっていた。
- 子どもがいる職員は自身の子どもを連れて来ることができ、他の児童と一緒に保育をしていた。(施設長から職員に対して、自身の子どもを優先しないように伝えていた。)
- 夜間の預かりは、22時以降は基本的に夜間専属の職員(准看護師)が1人で従事しており、受入れ人数によっては施設長も従事することもあった。(施設長及び同職員の勤務実態が把握できる記録は確認できなかった。)
- 夜間の預かりでは0歳児は1~2人。0歳児が2人いても、預かり人数によっては1人で従事していた。

1 1. 施設に対する市の指導状況

当該施設が開設して以降の、市の指導状況は以下のとおりです。

(1) 当該施設に対する行政の指導状況

立入調査日	指摘事項	改善状況
令和3年10月29日	指摘無し	—
令和4年12月14日	口頭指摘有り（1件） ●施設及びサービスに関する内容の掲示について ①提供するサービス内容を利用者の見やすいところに掲示しなければならないこととされていますが、貴施設では、掲示する内容の一部が不足していました。今後は、不足分を追加し、掲示してください。	改善済
令和5年3月22、23日 ※特別立入調査（1回目）	改善勧告（令和5年3月29日付け） ※勧告事項は以下のとおり	概ね改善済
令和5年6月5、6日 ※特別立入調査（2回目）	指摘なし	—

(2) 当該施設への改善勧告事項及び改善状況の確認

以下の各勧告事項について、実地にて書類の確認を行い、また全ての職員に対して、各種マニュアル・訓練の実施状況について個別の聴き取りを行い、概ね改善されていることを確認しました。

勧告事項1 保育に従事する者の数及び資格について	
①保育に従事する者の数（2人以上の配置ができていない時間帯あり）	②保育に従事する者の有資格者の数（配置状況の確認ができない勤怠管理の状況）
▼改善状況の確認資料 労働者名簿、資格証、労働条件通知書件雇用契約書、シフト計画表、資格証、タイムカード	
勧告事項2 健康管理・安全確保について	
①乳幼児突然死症候群の予防（うつぶせ寝）	②安全確保（救命処置の訓練、事故の記録、事故発生時の速やかな報告がなされていない）
▼改善状況の確認 SIDS 予防研修資料及び研修実施記録、午睡チェック表 事故防止マニュアル（安全対策）、緊急時対応マニュアル、避難訓練マニュアル、避難訓練実施記録、安全計画、事故記録簿（※救命処置の訓練は未了）	
勧告事項3 その他	
①保育従事者の子の取扱い（利用乳幼児として管理していない）	
▼改善状況の確認 保育登録申請書、一時保育お預かり表（従業員用）	

12. 警察における確認事項

令和5年3月24日、市の担当者が所轄の警察署へ赴き状況を確認しました。以降、現時点においても死因の確定的な情報は提供されていません。

13. 本児の死亡原因についての委員会としての整理

(1) 本児の育成状況について

保護者から提供された母子健康手帳の成育歴、予防注射の接種歴からは、概ね目安とされる範囲内での発達・発育の状況にありました。

(2) 死体検案書及び解剖医の所見について

保護者から提供された死体検案書に記載のあった内容に関して、委員会としての疑問を、解剖を行った大学の担当医師に対して文書照会を行い、口頭にて回答をいただきました。

(3) 検証委員会としての本児の死亡原因について

本委員会としては、死体検案書記載の内容を否定する事情は認められないことから、死因は鼻口部閉塞の疑いによる窒息であると判断しました。

そのうえで、鼻口部閉塞の具体的な発生機序については、いまだ捜査機関からも明らかにされてはいませんが、解剖医の所見、本件発生時の状況その他今回の検証で確認できた事項を総合的に踏まえた結果、本委員会としては、本件の発生が、「うつぶせ寝の状態ですぐにより鼻口部が閉塞したことによる窒息」であったと仮定して、検証を進めました。

第3章 本事案を通して検討すべき問題及び課題

ここでは、本委員会が本事案の検証を通して再発防止を検討するにあたっての問題点及び課題について以下のとおり整理します。

1. 保育の実施状況に関する問題点及び課題

(1) 預かり前の確認について

●問題点

- ・本児が一時預かりとして初めて施設を利用するにあたり、施設が作成している「保育登録申請書」の記載項目については保護者からの記入がなされていたが、預かり前のミルクの哺乳や睡眠時間など、特に乳児の預かりの際には確認すべき項目についての聞き取りや、職員間での引継ぎが不十分であった

●検討すべき課題

- ・事前に聞き取るべきチェックシート（アセスメントシート）の作成・整理及び事前の登録申請
- ・乳児本人の全体像（情報）を職員全体で共有
- ・年齢別の発達過程を理解し、子ども主体の保育の実践

(2) 睡眠チェックについて

●問題点

- ・本施設では、0歳児の睡眠チェックは5分おきに行う意識は職員間で共有されていたが、チェック表には5分おきの記録ではなく、15分ごとにまとめて記録されていることが多かった
- ・チェック表のチェック項目は呼吸のみで、体位や顔色などは記録されていなかった。また、その呼吸確認の方法は施設として統一されておらず、各自のやり方（肺の動き、寝息の確認、体に触れる、脈を取る、口元での呼吸確認など）で行われていた
- ・睡眠チェックの間隔の確認方法についても施設内で統一されておらず、アラーム等はなく、部屋の時計や個人の時計、体感など様々であった
- ・同一時間帯に入る職員間で、業務分担は特に無く、睡眠チェックをどちらが行うかも決まっていなかった
- ・施設長は現場での教育に任せており、寝る体勢よりも好きな姿勢で寝かせるなど安心感を重視していたり、引継ぐ職員に怒られないよう、寝かせることを優先させていた職員もいるなど、施設職員にうつぶせ寝についての危機意識が低い
- ・異年齢を1部屋で保育しているため、午睡時間に差があり、起きている他の園児の保育をしながら睡眠チェックをしている状態であった

●検討すべき課題

- ・0歳児だけでなく、1・2歳児を含めた午睡チェックの実施・記録
- ・各職員の職務・リーダーは誰か明確にする

- ・ 預かり側の都合ではなくこどもの利益を第一に考えた保育・仕事のやり方の徹底
- ・ 午睡チェック方法の統一化・ルール化
- ・ 午睡チェックの記録用紙に呼吸のチェック確認項目を掲載する
- ・ ICT を活用する場合、チェック表を工夫して行う必要があり、最終的には目視で行うものである
- ・ 午睡チェックは手の届く範囲内で呼吸の状態・全身の観察を行う必要がある
- ・ 保育者に「午睡は危険を伴うものである」との認識を持たせる

(3) 緊急時の対応について

●問題点

- ・ 職員が本児の異変状態に気付いた後、救急車を呼ぶよりも先に（ほぼ同時に）施設長へ報告の電話を行った。結果として、救急車の要請までに7分間の時間が経過していた
- ・ 施設において、救命処置の定期的な訓練が実施されておらず、事故対応マニュアル等の作成もされていなかった

●検討すべき課題

- ・ 異変を覚知した時に即座に救急連絡・蘇生処置の実施
- ・ マニュアルに基づいた継続的な訓練の実施
- ・ 施設の実態に合わせてマニュアルを改良・ブラッシュアップ（見直し）
- ・ 事故発生時の基本的な対応方法（連絡方法や救命処置など）を壁に貼り付けるなど常時見えるようにしておく
- ・ 事故発生時の職員の役割分担を事前に決めておく
- ・ 消防が発信場所を覚知できるように緊急時にはできるだけ固定電話から発信する

(4) 施設の職員体制について

●問題点

- ・ 睡眠中は重大事故が発生しやすい場面であるにも関わらず、無資格の職員1名のみの配置であった
- ・ 配置されていた職員が、1人で他の児童のお迎え対応や料金精算を同時に行いながら午睡チェックを行う体制となっていた
- ・ 施設長は、3ヶ月の試用期間が過ぎれば無資格者1人に保育を任せることがあり、そこが不安だという人には辞めてもらうという考え方であった

●検討すべき課題

- ・ 新しい児童を受け入れるときはキャリアなどを踏まえて経験豊富な人員体制を準備する
- ・ 配置人員数・配置された職員のキャリアなどを考慮して受入れを判断する
- ・ 職員が学ぶ機会の確保
- ・ 管理者である施設長への研修強化
- ・ 職員配置基準の遵守

(5) その他

●問題点

- ・施設からご家族に対して事故に関する丁寧な説明がなされるべきだった
- ・事故状況の検証を事後的に行う際に、監視カメラ等当時の状況を客観的に確認するための手段ないし資料が無かった
- ・事故発生後の監督責任者である市に対する報告が、事故発生から3日後であった

●検討すべき課題

- ・施設からご家族に対しての、実際に何があったのかを説明する責任がある
- ・日々の軽微な事故も記録に残し、職員全員で共有し、事故予防に努める
- ・監視カメラ等は、事故発生時の事実確認はもちろん、虐待ないし不適切保育の予防にも役立つといえるため、設置費用の補助金制度を作るなどが考えられる。特に職員配置基準に余裕のない施設ほど、必要性が高いことが予想される
- ・事故発生時の自治体への連絡について、報告漏れや遅れが発生しない方法を検討する必要がある

2. 行政の指導・監督等に関する問題点及び課題

(1) 本事案が発生した施設の指導監督に関する問題点について

- ・事故後に実施した改善勧告事項について、施設を開設して以降2回実施した立入調査においては把握できておらず、指摘項目となっていなかった

▼要因分析 【勧告事項1】保育に従事する者の数及び資格について（配置基準）

- ・シフトを一部抜粋し、預かり人数の少ない朝夕の時間帯の配置状況を重点的に確認しており、昼間の職員の休憩中の配置状況まで確認していなかった。
- ・年齢別配置基準については、監査当日のその時間帯の利用児童に対する職員の配置状況を実地にて確認していたため、当該施設については夜間の配置状況の確認を行っていなかった。

▼要因分析 【勧告事項2】健康管理・安全確保について（うつぶせ寝）

- ・現状では、監査当日の施設内ラウンドで確認をするため、当日以外の様子を確認できていない。
- ・監査時の対応者は施設側で決めているため、聞き取り対象者が限定的である。

▼要因分析 【勧告事項2】健康管理・安全確保について（救命処置の訓練未実施）

- ・訓練の実施について、認可外施設の場合は記録での確認ができない場合は口頭で確認し、以後は記録として残すよう指導しており、当該施設も同様であったが、後の特別立入調査において詳細を聞き取ったところ、実際には行っていなかったことが確認された。（子育て支援員研修を受講することでこれに代えていたとの説明を受けた。）

▼要因分析 【勧告事項3】その他（保育従事者の子を利用者として管理していない）

- ・監査項目に直接的に該当する項目がなく、監査にあたって知るすべが無かった。

- ・当該施設は、普段から一時預かりを行っている施設であるが、「認可外保育施設指導監督基準」においては、年齢別の配置基準を満たしているかの確認項目がある程度で、一時預かりの受け入れに関する確認項目が無く、直接的に指導できる範囲外となっている
- ・指導監督を行う場に保育専門職がないことで、保育内容そのものに踏み込んでいけないという点で具体的指導を行うことに限界がある

(2) 現状の監査・指導監督から考えられる問題点

- ・職員配置について、主に勤務ローテーション表等で確認をしているが、勤務の変更があった場合の勤務実績（時間帯）について確認できない施設もあり“予定の配置で足りているか”を確認している状況である
- ・職員配置について、園児の登降園を時間管理している施設とそうでない施設が存在すること、また、職員の出退勤を時間で管理していない施設が存在することから、どの時間帯においても年齢別配置基準を満たしているかどうか、厳密な確認を行うことが現状では難しい
- ・同一の監査項目については、どの類型も監査の視点は同一である
- ・全施設に対して、すべての監査項目を毎年実地にて行ってはいるが、直接的に子どもの命に関わる項目（安全管理や事故防止、発生時の対応等）と、その他の項目が同列に扱われ、効率的・効果的な指導監督になっていない恐れがある
- ・監査を行った結果、指摘や助言等が不要であった優良な運営がなされている施設についても、毎回指摘や助言等がある施設と同様の監査を同じ頻度で行っていること、また、全ての監査項目を満遍なく広く見る方法では、監査の実施自体が形骸化してしまう恐れがある
- ・監査を実施する少なくとも1カ月前には監査を実施する旨の通知を送付していることから、施設側としては監査実施までに猶予がある（ただし、認可外保育施設については「問題を有すると考えられる施設」は事前通告せずに実施することや事前通告期間を短くするなど可能。※「認可外保育施設指導監督の指針（留意事項19、22）参照」）
- ・マニュアルの有無についての確認になっており、マニュアルの中身に関することや職員の習得度合いを確認するまでは行えていない
- ・認可外保育施設の立入調査は、国が示している「認可外保育施設指導監督基準」と同じ内容で行っており、市独自の基準は設けていない

(3) 検討すべき課題について

- ・実地でしか確認が難しい項目（職員配置や事故防止等）を重点的・効果的に行うことができるよう監査項目を再度精査し、実施方法についても再検討する必要がある
- ・効果的な指導監督となるためにも、効率的な実施方法について抜本的な検討が必要である

第4章 提言

今回の本市内の認可外保育施設で起きた死亡事案を受け、事案の検証を行い、問題点や課題の整理を行ってきました。そして、本事案が起きた認可外保育施設を念頭に再発防止策を検討してきましたが、広く市内の教育・保育施設においても安全・安心な保育の確保のために、今回の提言を参考としていただけると幸いです。

1. 施設の管理体制と職員教育のあり方（発生予防、発生時に対応するために）

■提言1 睡眠時の確認の徹底

乳幼児とくに0～1歳では、乳幼児突然死症候群のほか、窒息防止の観点から、医学上の理由など特別な事情がない限り、睡眠時うつぶせ寝を行わない（あおむけで寝かせる）こと。また、睡眠時の子どもの状態（例えば、いつもと同じ呼吸かどうか、顔色は良いか）を手の届く範囲で、目で確認する。睡眠環境（敷布団やマットレスは固めにする、タオルやぬいぐるみを顔の周りに置かない、など）についての確認を徹底する。

乳幼児とくに0～1歳では、うつぶせ寝の危険性等について、職員間で周知徹底を図り、注意喚起のうえ常に意識するよう啓発を行う必要がある。

そして、マニュアルに沿った睡眠チェックを確実にを行い、睡眠チェック表に記録すること。そのためには、誰が睡眠チェックを行うのか、記入内容に間違いはないかなど、業務の役割分担を確実に行うことが重要である。

なお、睡眠チェックを補助する電子機器類等、子どもの安全確保に有用な機器や設備について、保育施設の状況（施設の規模、預かる年齢層、乳児数、保育状況等）に応じて活用の検討を行う。ただし、手の届く近さでの人の目による十分な観察を行うことが大前提であり、使用するときには正しい使用法と、その限界を職員全員が熟知しておくことが絶対条件であることを委員会として申し添える。

■提言2 預かるときの確認の徹底

預かり時に聞き取るべき内容のヒアリングシートを整備し、入所（利用開始）時、特に預かり初日における体制を強化する。

乳幼児は環境の変化に敏感なため、利用当初の乳幼児へのかかわりは丁寧にする必要がある。利用時には、うつぶせ寝の傾向（対象0～2歳児）、利用当日の最後の食事やミルクの時間・量などの聞き取り・確認を徹底し、その子どもに適した保育について、保護者と確認し合う必要がある。

また、このように入所（利用開始）時は、よりきめ細やかな対応が必要であることから、受け入れ施設側において体制を強化するなどの対応が望ましい。

■提言3 普段の備え（職員教育）

緊急時・事故防止の取り組みを徹底し、かつ保育に従事する全職員に対し、救急対応研修会を定期的に受講させる。

(1) 「安全計画」や「防災計画」、また緊急時の対応マニュアル、睡眠チェックマニュアル、睡眠チェック表、事故防止マニュアルなど各種マニュアル等を作成すること。マニュアルを見える化する工夫も効果的である。

(2) 定期的に保育環境を点検し、作成されたチェックシートやマニュアル等については、作成したものが形骸化しないように、常に有用な活用ができるよう継続的に検証し、改善を図ること。

(3) 食事/水遊び/睡眠など重大事故が発生しやすい場面での対応については、外部研修等を通して、必要な知識・技術を習得させること。

(4) 緊急時に保育従事者が適切な対応ができるよう、AEDの設置を検討し、また救命救急法の習得と訓練を定期的に行うことが必須である。事故発生の可能性を自分事に考え、リスクを最大限回避した対応が重要であるという考え方を浸透させ、行動変容につなげる必要がある。

■提言4 普段の備え（職員体制）

夜間含め、乳幼児が2名以上の場合は、保育従事者2名以上を配置できるよう、保育従事者の適正な配置を行うための勤務体制の構築を徹底する。

認可外保育施設指導監督基準に基づく職員の配置はもとより、緊急時に即応できる人員体制を整える必要がある。また、保育に従事する職員の勤怠状況を記録すること。

■提言5 保育状況の適切な記録及び活用

施設長は、保育施設内で起こった事故等につき、発生時の状況等の事実確認及び検証、並びに保護者への経過等の丁寧な説明が行えるよう、普段から保育状況を正確に記録するよう努める。また、ヒヤリハット報告等の内容については、施設内で共有することで、予防対策に繋がられるよう活用していただきたい。

保育状況の正確な記録は、事故発生時の事実確認、保護者への説明責任の全うはもちろん、虐待ないし不適切保育の予防にも役立つと言える。

その際、保育従事者の負担軽減を図る意味でも、各保育施設の状況（施設の規模、預かる年齢層、乳児数、保育状況等）に応じて、監視カメラ等の機器や設備、ICTシステムの導入、各種記録書式の定期的な見直しなどを検討することが考えられる。

2. 事故防止に向けた行政の取組みの見直しと強化について

■提言1 保育に従事する職員（配置数や資格）について、行政の監査を強化する。

より実態が見えるような監査を行い、指導につなげる。具体的には、預かっている子どもの人数が多いときや休憩時間も含めて、職員配置数が守られているか、そして資格を持っている職員が何人いるかの確認を行う。

監査を強化することで、行政の負担が増えることが予想されるため、模範的な保育施設に対しては2年に1回の監査にする一方で、開所当初の保育施設に対しては監査を強化するなど、より効果的・柔軟な指導監査とすることが望ましい。

■提言2 保育の質をアップするために、幼児教育・保育に関する専門職を配置する。

現場での指導においては、幼児教育・保育に関する専門職による助言が必要である。委員会としては、幼児教育・保育に関する専門職配置の重要性を強く認識しており、人材確保に努めていただきたい。

また、保育の質の向上のために、各施設での監査等で把握した好事例を集約し、周知することも効果的である。

■提言3 保育従事者研修機会の確保、研修に関する情報の集約や周知の徹底及び受講状況の確認を指導監査において行っていく。

保育従事者が専門性を涵養し、高める目的は、乳幼児の安全と健康が確保され、心身ともに健やかに育成されることである。そのために、保育従事者は子どもに対する安全意識を高め、子ども主体の保育を実施するために研修等を通して学ぶ機会を得ることが重要である。

また、キャリア階層によって、それぞれキャリアデザインができる外部研修を受講することが必要である。

施設長をはじめ、施設関係者に対し、うつぶせ寝を行わないことについて改めて広く周知徹底し、注意喚起のうえ意識の啓発を行う必要がある。

■提言4 子どもの死が発生した際の対策を強化する。

CDR (child death review) 事業を開始する、家族へのグリーフケアの体制づくりを行うなど

子どもがなぜ亡くなったのかを多職種で検証し、予防策などを提示していく仕組みとして、CDR (child death review) がある。CDR を通して事例の社会的検証を行い、子どもの安全に関する仕組みを整えることは行政としての役目である。CDR は県が主体となっていく事業であり、宮崎県に取り組んでいただくことを要望する。

さらに、子どもの死とは耐え難いものであり、家族をサポートする会（自助グループ）

などの紹介や心のケアをサポートする体制づくりを行う必要がある。

■提言5 子どもの安全確保に有用な機器や設備の保育施設への導入を促進するための施策を検討する。

例えば、AED、睡眠チェックを補助する電子機器類、監視カメラといった機器や設備の設置費用の補助金制度を作るなど、導入の促進に向けた施策の検討を行っていただきたい。

ただし、検討を行う際には、いかなる設備等が有用であるかという点や、それらの導入の必要性については、保育施設ごとの施設環境（施設の規模、預かる年齢層、乳児数、保育状況等）、人員体制、職員の意見、保護者の意見等によって様々であると思われるため、現場の意見も踏まえながら、引き続き十分な検討を要する。

おわりに

本委員会は、事実関係を可能な限り詳細に検証し、本事案が生じるに至った背景を分析しました。そこから考えられる再発防止策について、うつぶせ寝をどう回避すべきだったのかを核とし、提言を行いました。

これまでも、保育に携わる関係者は、子どもの安全・安心な保育のために、各施設においてより良い環境・方法を目指し、実践して来られていますが、そのような中で本事案が起きたことは、誠に残念でなりません。

本委員会からの提言を受け、1人の尊い命から最大限に学んだ機会を無駄にすることなく、市において、提言の実現に向けて事後の検証を行っていただき、健やかな子供の成長を願う保護者の気持ちに寄り添いつつ、より一層の安全・安心な保育の実現を求め続けていただきたいと思います。

委員名簿

宮崎市教育・保育施設等重大事故検証委員会委員

敬称略 分野順

分野	氏名	職名
学識経験者	◎長鶴 美佐子	宮崎県立看護大学 学長
学識経験者	木村 匡登	宮崎学園短期大学 保育科 准教授
弁護士	金丸 祥子	宮崎県弁護士会 子どもの権利委員会
医師	大平 智子	宮崎県立宮崎病院 小児科 医長
教育・保育	横山 楨子	宮崎市保育会 みずほ保育園 園長

◎委員長

参考資料

宮崎市教育・保育施設等重大事故検証委員会設置要綱

(目的)

第1条 宮崎市（以下「本市」という。）の教育・保育施設等における子どもの死亡事故等の重大事故（以下「重大事故」という。）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し、提言を行うことを目的として、宮崎市教育・保育施設等重大事故検証委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は、前条の目的を達成するため、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 本市から報告を受けた保育施設等における重大事故について、事実関係を明確にし、問題点及び課題の抽出を行うこと。
- (2) 事故の問題点及び課題を踏まえ、実行可能性を勘案しつつ、再発防止のための提言等を含めた報告書を取りまとめること。
- (3) その他、前条に定める目的の達成に必要な事項に関すること。

2 上記事項に関しては、「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日付け3府省連名通知）」に基づき、実施する。

(検証対象及び施設)

第3条 検証対象は、本市に設置されている次の各号のいずれかの施設において発生し、かつ、本市が委員会で検証することが必要と判断した重大事故とする。

- (1) 子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号。以下「法」という。）第27条第1

項に規定する特定教育・保育施設

- (2) 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
- (3) 法第 59 条に規定する地域子ども・子育て支援事業（同条第 2 号、第 10 号及び第 11 号に掲げるものに限る。）を行う施設
- (4) 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 59 条第 1 項に規定する施設（同法第 39 条第 1 項に規定する業務を目的とするものに限る。）

（委員）

第 4 条 委員会の委員は、有識者 5 名以上をもって構成する。

- 2 委員の選定については、重大事故の事例ごとに行うこととし、市長が就任を依頼する。
- 3 委員の任期は、前項の規定による依頼を承諾し、所掌事項に係る業務を開始した日から第 2 条第 1 項第 2 号に定める報告書の取りまとめが終了するまでの期間とする。

（委員会）

第 5 条 委員会には、委員長を置く。

- 2 委員長は委員の互選により決定する。
- 3 委員長は、会務を総理し、必要に応じて委員会を招集する。
- 4 委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、委員のうちから委員長があらかじめ指名する者がその職務を代理する。

（委員会の会議）

第 6 条 委員会の会議は、委員長が招集し、委員長が議長となる。

- 2 委員会は、委員の過半数の出席がなければ開くことができない。
- 3 議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

（書面等による会議）

第 7 条 委員長は、前条の規定に関わらず、必要があると認めるときは、会議の招集を行わず書面その他の方法により会議を開催することができる。

- 2 委員長は、前項の規定により書面による会議を行う場合、議事の内容を記した書面を各委員に個別に示して賛否又は意見を問い、その結果をもって会議の議決に代えることができる。
- 3 委員長は、前項に定める結果について次回の会議において報告するものとする。

（委員会の公開）

第 8 条 委員会の会議を公開又は非公開とするかについては、審議内容を踏まえて委員長がその都度委員会に諮り、決定することができる。

(関係者の意見聴取)

第9条 委員会が必要により議事に関係のある者の意見及び説明を聴取することができる。

(報償金)

第10条 委員に支払う報償金は、1回の委員会当たり8,000円とする。ただし、当該委員が出席した委員会の時間が2時間未満のときは4,000円とする。

(事務局)

第11条 委員会に関する事務は、宮崎市子ども未来部保育幼稚園課が行う。

(秘密の保持)

第12条 委員は、その職務に関して知り得た情報を他に漏らしてはならない。また、その職を退いた後も同様とする。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年7月11日から施行する。