

平塚市内の認可保育所における
乳幼児死亡事案に関する検証報告書

令和 5 年 5 月

平塚市特定教育・保育施設等における重大事故の
再発防止のための事後的検証委員会

はじめに	1
第1章 検証について	2
第1節 検証の目的	2
第2節 検証の方法	2
1 検証組織	2
2 検証方法	2
3 検証委員会開催経過	3
第2章 事案の整理	4
第1節 事案の概要と死因	4
1 事案の概要	4
2 死因	4
第2節 関係者の基礎情報	4
1 本児の情報	4
2 本施設の概要	5
第3節 事案発生時の状況	7
1 本児在籍クラスの園児数と職員配置状況	7
2 発生の経緯	7
3 発生現場	9
4 事案発生時刻における発生現場の園児数と保育体制	9
第4節 事案発生後の経過	9
1 元園職員の逮捕	9
第3章 収集できた情報から推察される死因とその要因	10
第1節 死因に関する考察	10
第2節 要因の分析	10
1 偶発的に発生した事案として考えられる要因	11
2 故意の作為による事案として考えられる要因	11
第4章 要因から考えられる課題と再発防止策の提言	12
第5章 本事案に関連して付言すべき事項及び今後の課題	14
参考資料	19

はじめに

保育園で、5年前に1歳になったばかりのお子さんが、保育中に幼い命を落としました。その口惜しさは、筆舌に尽くし難いです。

私たち「平塚市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会」は、「保育所などで二度と同じような事案が発生しないように」という強い気持ちをもって本委員会に臨みましたが、検証は困難を極めました。

検証を困難にさせた要因はいくつかありますが、まずは事案の発生が5年前であったことが挙げられます。この年月が関係者の記憶を薄れさせてしまっていました。

次に、事案発生時に保育をしていた担当保育士の逮捕により、事案発生当時に一番近くで保育に携わっていた保育者に当時の状況を聞き取ることができなかったことが、検証を難しくしました。

なお、逮捕が事案発生4年後であり、保育士の認否は明らかにされておらず、起訴されてから1年以上が経過していますが初公判は開かれていません。

また、お子さんの死因が死体検案書によって「頭部打撲及び頭蓋骨骨折による外傷性くも膜下出血の疑」と特定されています。それについては、本委員会委員の中村医師から「医学的にはダメージを受けた後、短時間で症状が現れる。」「骨折という診断があれば、事故か事件かしかない。」との説明を受け、この事実を本事案の検証の前提としました。

上記のように、本事案は事案発生から月日が経過していること、公判前のため証拠類が開示されていない現状において、収集できる情報は極めて限定されていることから、本委員会としては主に「“事実関係の確認”にとらわれすぎないように、集められた情報の中で再発防止策をまとめる」こととし、収集できた資料や当該園の園長・職員、お子さんの保護者へのヒアリング等を基に検証を行いました。

また、その中で、本事案のダイレクトな要因ではなくとも、当該園が抱えている課題や全国の保育所が抱えている様々な問題点がみえてきました。そのような負の要素が重なった場合に、園児の大切な命が奪われることにつながらないとも限りません。

そのような経緯の中で、「今後、保育所などで二度と同じような事案が発生しないように」という願いを込めて、報告書をまとめました。

わずか1歳で亡くなられたお子さんのご冥福をお祈り申し上げます。

令和5年5月

平塚市特定教育・保育施設等における重大事故の

再発防止のための事後的検証委員会

委員長 小沼 肇

3 検証委員会開催経過

検証委員会設置以降の経過は次のとおりである。

なお、関係者のプライバシー保護の観点から検証委員会は非公開としている。

開催回	日時	審議内容等
第1回 (令和3年度第1回)	令和4年2月3日	・検証委員会の設置について ・正副委員長決定 ・案件の概要説明
第2回 (令和3年度第2回)	令和4年3月24日	・案件概要の整理及び協議
第3回 (令和4年度第1回)	令和4年5月26日	・案件の整理 ・議論の方向性について
第4回 (令和4年度第2回)	令和4年12月1日	・再発防止策等提言の検討
第5回 (令和4年度第3回)	令和5年1月26日	・当該乳幼児の保護者からの意見聴取 ・当該保育所関係者への聞き取りに係る協議 ・再発防止策等提言の検討
第6回 (令和4年度第4回)	令和5年2月2日	・現場確認 ・当該保育所関係者への聞き取り
第7回 (令和4年度第5回)	令和5年2月14日	・当該保育所関係者への聞き取り
第8回 (令和4年度第6回)	令和5年3月30日	・再発防止策等提言の検討 ・答申の調整

第1章 検証について

第1節 検証の目的

本市内に所在する認可保育所において平成29年4月27日に発生した死亡事案に関する事実関係の把握、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、市に提言することである。

なお、検証は、収集できる情報を整理した中で一連の保育プロセスを検証し、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ためのものではない。

第2節 検証の方法

1 検証組織

(1) 検証委員会の設置

令和4年1月11日に設置された平塚市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会（以下「検証委員会」）が検証主体となり、検証を実施した。

(2) 委員構成

学識経験者や医師、弁護士のほか、実際の労働環境や現場の対応方法等について、実務経験を踏まえた知見のある次の委員をもって構成されている。

こぬま はじめ 小沼 肇	学識経験者	小田原短期大学名誉学長
はぎわら けいぞう 萩原 敬三	その他市長が適当と認める者	一般社団法人神奈川県保育会 前理事長 (福)大原福祉会 大原保育園園長
えのもと ゆきの 榎本 ゆき乃	弁護士	神奈川県弁護士会所属
しが あいこ 志賀 愛子	その他市長が適当と認める者	神奈川県在宅保健師会 会長
なかむら ちさと 中村 千里	医師	平塚市医師会 副会長

2 検証方法

検証委員会は事実関係を把握するため、次の方法にて検証を実施した。

(1) 資料提供

複数回にわたり事案が発生した保育所及び亡くなった乳幼児の保護者へ資料の提供等を依頼し、提供された当該乳幼児に関する記録や同保育所の運営管理上の資料等に基づき、状況を把握した。

(2) 関係者への聞き取り

園長、在籍職員（事案発生時に在籍していた職員）及び当該乳幼児の保護者に対し、聞き取りを実施した。

(3) 事案発生現場の確認

事案が発生した保育所に訪問し、当時の現場の状況を確認した。

第2章 事案の整理

本章は、前章第2節2検証方法にて収集された情報及び平塚市保育課が保有している情報に基づき、整理したものである。

第1節 事案の概要と死因

1 事案の概要

事案が発生した市内認可保育所（以下「本施設」又は「園」という。）が市に提出した事故報告書によると、平成29年4月27日（木）に本施設において、当時1歳1か月であった女児（以下「本児」という。）が午睡中に急変した（顔面蒼白であった）ことに保育者が気づき、病院に救急搬送されたものの、同日15時4分に搬送先の病院で死亡が確認された。

2 死因

死体検案書によると「頭部打撲及び頭蓋骨骨折による外傷性くも膜下出血の疑」とされている。

第2節 関係者の基礎情報

1 本児の情報

（1）年 齢 1歳1か月

（2）性 別 女

（3）本児の状況

本児は在胎23週1日の早産児（出生時体重546グラム）であり、出生3日目には頭部に脳内出血が確認された。生後5か月までは新生児集中治療管理室（NICU）、新生児回復室（GCU）に入院していた。

その後は、生後6か月で首が据わり、生後8か月の体重は5,440グラムであった。

事案発生時は、本児は座位が取れず、寝返りはできるが戻ることができない状況であった。また、適宜、医療機関の発達外来を受診していた。

なお、事案発生当時（平成29年4月25日時点）の身長は70.0センチメートルであり、体重は6,875グラムであった。

（4）園での状況

本児は、平成29年2月1日に入所し、事案発生時には1歳児であり、平成29年4月のクラス編成時に1歳児クラスに所属するはずであったが、発育状況から0歳児クラスで保育しており、保育時は本児に対し職員1人で対応していた。

2 本施設の概要

- (1) 類 型 認可保育所
- (2) 運営法人類型 社会福祉法人
- (3) 開 所 年 月 日 昭和 51 年 4 月 1 日
- (4) 所 在 地 平塚市南豊田
- (5) 建 物 鉄筋コンクリート造 2階建て
敷地面積 2,423.4 m² 延べ床面積 1,230.0 m²
- (6) 面積及び配置 各部屋の面積は表 1 であり、平面図は図 1 である。
- (7) 開 所 時 間 平日 7:00 から 19:00 まで
土曜 7:00 から 18:00 まで
- (8) 定 員 120 人 (平成 29 年 4 月 1 日現在)
年齢別定員 0 歳児 20 人 1 歳児 20 人 2 歳児 20 人
3 歳児 20 人 4 歳児 20 人 5 歳児 20 人
- (9) 在 籍 児 童 数 124 人 (平成 29 年 4 月 1 日現在)
年齢別在籍児童数 0 歳児 13 人 1 歳児 15 人 2 歳児 25 人
3 歳児 18 人 4 歳児 23 人 5 歳児 30 人

表 1 各部屋面積表

1 階	保育室	0, 1 歳児室	188.389 m ²	2 階	保育室	3 歳児室	57.094 m ²
		2 歳児室	67.511 m ²			4 歳児室	57.094 m ²
	一時保育室		55.800 m ²			5 歳児室	57.094 m ²
	園長室		22.600 m ²		子育て支援スペース		80.300 m ²
	事務室		51.052 m ²		屋上庭園		—
	更衣室		9.945 m ²				
	調理室		44.683 m ²				
	保育士休憩室		21.074 m ²				
	調理員休憩室		9.749 m ²				

1階

温水水廻り
トイレ
倉庫1
更衣室
休憩室
事務室
園長室
一時保育室
遊戯室
ステージ
乳児室 (0歳児)
乳児室 (1歳児)
保育室 (2歳児)
調理室
倉庫2
多目的テラス
多目的ホール1
多目的ホール2
多目的ホール3
多目的ホール4
多目的ホール5
多目的ホール6
多目的ホール7
多目的ホール8
多目的ホール9
多目的ホール10
多目的ホール11
多目的ホール12
多目的ホール13
多目的ホール14
多目的ホール15
多目的ホール16
多目的ホール17
多目的ホール18
多目的ホール19
多目的ホール20
多目的ホール21
多目的ホール22
多目的ホール23
多目的ホール24
多目的ホール25
多目的ホール26
多目的ホール27
多目的ホール28
多目的ホール29
多目的ホール30
多目的ホール31
多目的ホール32
多目的ホール33
多目的ホール34
多目的ホール35
多目的ホール36
多目的ホール37
多目的ホール38
多目的ホール39
多目的ホール40
多目的ホール41
多目的ホール42
多目的ホール43
多目的ホール44
多目的ホール45
多目的ホール46
多目的ホール47
多目的ホール48
多目的ホール49
多目的ホール50
多目的ホール51
多目的ホール52
多目的ホール53
多目的ホール54
多目的ホール55
多目的ホール56
多目的ホール57
多目的ホール58
多目的ホール59
多目的ホール60
多目的ホール61
多目的ホール62
多目的ホール63
多目的ホール64
多目的ホール65
多目的ホール66
多目的ホール67
多目的ホール68
多目的ホール69
多目的ホール70
多目的ホール71
多目的ホール72
多目的ホール73
多目的ホール74
多目的ホール75
多目的ホール76
多目的ホール77
多目的ホール78
多目的ホール79
多目的ホール80
多目的ホール81
多目的ホール82
多目的ホール83
多目的ホール84
多目的ホール85
多目的ホール86
多目的ホール87
多目的ホール88
多目的ホール89
多目的ホール90
多目的ホール91
多目的ホール92
多目的ホール93
多目的ホール94
多目的ホール95
多目的ホール96
多目的ホール97
多目的ホール98
多目的ホール99
多目的ホール100

第3節 事案発生時の状況

1 本児在籍クラス（0歳児クラス）の園児数と職員配置状況

園児：9人登園

職員：5人体制（内訳：保育士4人、看護師1人）

2 発生の経緯

事案発生日より前の登園記録及び事案発生当日の経緯を時系列で記載したものが表2及び表3である。

なお、表3の登園後から本児を救急搬送するまで（7:20の点線部以降から13:07までの記載については、園への聞き取りによる記録である。

表2 事案発生日前1週間の記録

日 時	内 容
4月20日(木)	休み
4月21日(金)	登園 ・機嫌が悪く、日中は昼食も摂らず入眠する。 ・17時から17時半までの間に降園する。当日の様子は連絡ノートを通して本児保護者には伝達している。
4月22日(土)	休み
4月23日(日)	休園
4月24日(月)	休み
4月25日(火)	休み
4月26日(水)	休み

表3 事案発生当日の経緯

日 時	内 容
4月27日(木)	登園
7:20	両親に送られて登園 ・本児が先週末から家庭保育において体調不良のため飲食できていなかった旨と前日から少しずつ飲食できるようになった旨を保育園との連絡ノートに記載し、また、服薬していることを保育士に告げる。 ・園に服薬の依頼はなく、薬の効能や服薬頻度などについても不明であった（園長は本児が服薬していること自体をこの日の午後に病院にて本児の母からの話で知る）。 ・本児は臥床させると泣くため、日常的に保育士の膝に乗せる、保育士が抱

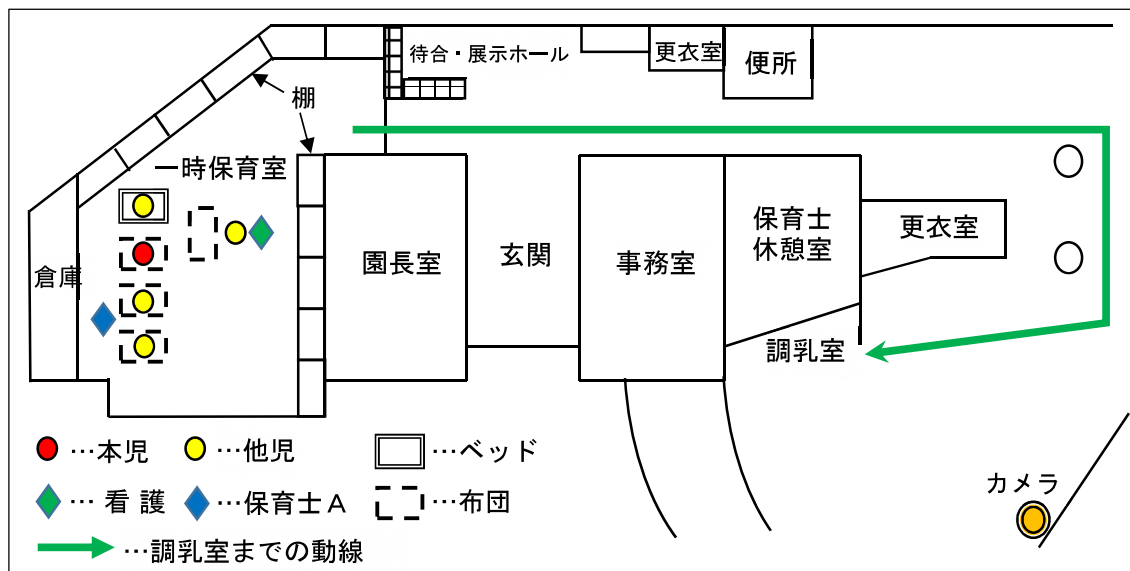
	っこするなど1対1で対応しており、この日も同様であった。 ・本児の様子から特定の保育士である必要はないことから、必ずしも担任が保育するということではない。
10:45	昼食 ・ミルク 100cc、離乳食(中期)を30分かけて完食する。
12:50	午睡（入眠） ・入眠までに時間のかかる5人（本児含む）を一時保育室で午睡させる。 ・職員（保育士A、保育士B及び看護師）が5人の園児一人ひとりを一時保育室に移動させる。 ・園児の移動後、保育士Bが退室し、保育士Aと看護師が寝かしつける。 ・本児は入眠までに時間がかかるため、この日もなかなか入眠しなかった。 ・本児の配置は、保育士Aの斜め前に位置していた。 ※本児及び他の園児の配置は図2参照 ・保育士Aが他園児を抱き、ミルクを飲ませる。 ・ミルクが足りなくなり、看護師は調乳のために数分間退室する。
13:00	・保育士A及び調乳を終えた看護師が一時保育室にて保育中、保育士A及び看護師が本児の異変（顔面蒼白）に気付く。 ・保育士Aが事務室にいた園長を呼び、園長が本児を視認する。 ・園長が本児の母の携帯電話に架電するが、応答なし。
13:06	119番通報し、救急車を要請する。 ・容態が悪くなるようならば再度、救急に架電するように指示を受ける。
13:07	・更に呼吸が弱くなったため、再度119番通報する。 ・電話機（子機）をハンズフリーにし、消防署員の指示に従う。 ・消防署員の指示を受け、看護師が人工呼吸、AED操作（事務室に設置）、心臓マッサージを実施する。 ・救急車が到着し、救急搬送する。救急車には園長と保育士Aが同乗し、看護師は園での対応のため、園に残留する。
13:14	園長が本児の母が勤務している会社へ架電する。 ・呼吸が停止していること、病院に来てほしい旨を伝える。
13:27	病院（平塚市民病院）着
13:41	園長が本児の父の携帯電話に架電する。 ・呼吸が停止していること、病院に来てほしい旨を伝える。
14:00 頃	本児の母が病院に到着する。 ・園長から本児の母に経過を報告
14:50	本児の父が病院に到着する。 ・園長から本児の父に経過を報告

14:50 頃	本児の祖父母が病院に到着する。 (本児の祖父母へは病院看護師が架電した。)
15:15	医師が園長に本児が亡くなったことを伝える。
17:00 頃～	警察による現場検証 (～20:30 頃) ・園長が現場検証のために病院から園に戻る。

3 発生現場

事案発生現場である一時保育室の発生時刻の人員配置を、園への聞き取りにより記載したものが図2である。

図2 事案発生時の一時保育室の人員配置



4 事案発生時刻における発生現場の園児数と保育体制

園児：5人 職員：2人（保育士1人、看護師1人）

在籍クラスの乳幼児において入眠までに時間のかかる5人を一時保育室に移動する際には職員が3人（保育士2人及び看護師1人）体制であったが、移動後は2人（保育士1人及び看護師1人）体制となった。

第4節 事案発生後の経過

1 元園職員の逮捕

令和3年11月1日に事案発生当時に園にて勤務していた保育士Aが傷害致死の疑いで逮捕され、同月19日に起訴された。

なお、令和5年4月時点では、公判は始まっていない。

第3章 収集できた情報から推察される死因とその要因

検証を進めるに当たり、死因を含めた事実関係及びその要因を特定することは、極めて重要であり、その特定に当たっては、証言や収集した資料に基づき事実関係を確認、認定していくことになる。しかしながら、検証委員会において収集できる資料及び情報には限りがあり、必ずしも正確な事実関係を確認認定できない場合もある。国からの通知においても「事実関係の確認」にとらわれすぎないように、集められた情報の中で再発防止策をまとめる必要があるという指針が示されている。

本事案においては、事案発生から4年6か月余り経過した後に担当していた保育士が逮捕され、逮捕後1年4か月以上経過した現在も公判が始まっておらず、証拠類が開示されていない現状において、収集できる情報は極めて限定されている。そのため、現時点で、事実関係及び発生要因を断定することは困難であると言わざるを得ない。したがって、検証委員会としては、現時点において収集できた資料及び情報から考えられる可能性について考察する。

第1節 死因に関する考察

死因について、収集できた資料及び情報は死体検案書及び本児の父が医師から受けた説明内容のみであり、その他の医学的資料等は公判前であることもあり、収集できていない。

死体検案書には、死因は「頭部打撲及び頭蓋骨骨折による外傷性くも膜下出血の疑」と記載されている。また、本児の父によれば、解剖医から「外部から強い衝撃が与えられたとしか考えられない。また、1週間前に当てたところがひどくなったなどではなく、亡くなる当日に突発的に何かに当たったと考える。出生時のことは関係していない。」と言われている。

今後の刑事訴訟の中で死体検案書記載の死因が否定され、又は別の死因が認定される等が可能性としては否定できないものの、死体検案書は死亡直後の医師による医学的判断であること、死体検案書と本児の父の証言に矛盾がないこと、その他これと矛盾する資料が得られていないことから、本報告書における死因は頭部打撲及び頭蓋骨骨折による外傷性くも膜下出血であるとする。

第2節 要因の分析

上述したように、死因が頭部打撲及び頭蓋骨骨折による外傷性くも膜下出血であるとする、頭蓋骨骨折を引き起こした頭部打撲は、医学的見地からすれば、異変が発見される直前、少なくとも数時間前に発生したと考えるべきである。

本児が事案発生当日の7時20分に登園し、10時45分の昼食を完食したこと、園長が午前中に本児について特段問題視するような様子はなかった旨を確認していること及び保育者が本児の異変に気付いた時刻が13時であることからすると、登園前の原因によるものではなく、登園後、園内において、異変が発見されるまでの間に何かが起きたと考えるのが自

然であるということになる。

また、頭蓋骨骨折の詳細は不明であるものの、医学的見地からすると、乳幼児（特に生後18 か月頃までの乳幼児）の頭蓋骨が骨折するためには、頭部に相当の強い力が加わったと考えるのが自然である。

上記を前提とすれば、園内において、当時1歳1か月である本児が頭蓋骨骨折を引き起こすほどの衝撃があったこととなるが、次に園内で発生する事象について、考え得る可能性を考察する。

1 偶発的に発生した事案として考えられる要因

前章で述べたような本児の状況を考慮すると、偶発的に発生した事案として考え得る要因は次のとおりである。

（1）保育室内の保育に不適切な設備及び物品への接触

当時、園に勤務していた保育士の証言等からは、不適切な物品や設備は確認できなかったが、本児の頭部を偶発的に硬質の物体に接触させてしまう又は硬質の物体を本児の頭部に落下させてしまうということが考えられる。

（2）保育中の本児の落下

一定の高さから本児が落下することにより、頭部が骨折する可能性が考えられる。

2 故意の作為による事案として考えられる要因

故意の人的作為により発生した事案として考え得る要因は次のとおりである。

（1）意図的な頭部への加害

保育者が一定の高さから本児を落下させ、又は硬質の物体に本児の頭部を意図的に接触させ、若しくは硬質の物体を本児の頭部に意図的に落下させ、危害を加えた可能性が考えられる。

第4章 要因から考えられる課題と再発防止策の提言

1 保育に不適切・不相应な用品の更新又は撤去

保育に不適切な設備や物品を乳幼児が進入する部屋に設置しないようにしなければならない。また、突起等の乳幼児に危害が生じるような状況が生じる場合は、養生の実施や安全性の高い物品・設備への更新、さらには物品及び設備の撤去を視野に入れ、対策を講じる必要がある。

2 保育を実施する部屋の床素材の再検討

本事案においては、本児を含む寝つきに時間がかかる乳幼児を、普段の保育を実施している0, 1歳児室とは異なる一時保育室に移動し午睡をさせており、乳幼児が睡眠する領域にはベッド又は布団が設置されていたものの、それ以外の床はフローリング張りであった。

本児が偶発的に落下等により床に頭を打ち付けた場合において、弾力性のある床素材やクッション等が設置されていれば、本児が頭部に受ける損傷を最小限に抑えられたということも考えられる。

3 保育者を1人にしない体制の検討

園への聞き取りによると、本児が午睡していた一時保育室にて保育を担当していた2人（保育士A及び看護師）のうち看護師が調乳のために同室を数分間退室し、その後、同室に戻った直後に本児容態の急変が発見されていることから、保育者が1人となった時間帯に容態の急変が発生している可能性がある。

当該クラスでは、午睡中に実施する乳幼児突然死症候群や窒息死などの防止のためのブレスチェックを、5分おきに実施しており基準を満たしているが、複数人の配置が確保できていれば乳幼児の容態変化の早期発見に繋がる可能性は高まると考える。また、保育者が危害を加えたことを前提とした場合には、行動抑止に向けた取組みのひとつとなる。

したがって、1人で保育する時間を作らないことが、再発防止のための有効策であると考えられる。

なお、職員の複数配置を確保するためには、乳幼児がいる部屋と調乳室、トイレ等の距離、職員の動線、離席する時間などを考慮した上で活動場所を設定していくことが望ましい。

4 防犯カメラの設置

事案発生当時、園は防犯カメラを園内の複数個所に設置していたが、事案発生現場である一時保育室には設置していなかった。

防犯カメラの設置は、故意の人的作為による事案であると捉えた場合においては、保育

者が1人であっても、衝動的又は意図的な加害への抑止力として一定の効果があると考えられる。

また、偶発的に発生した事案であると捉えた場合においても、偶発的な衝突・接触の発生や本児の容態急変の状況、その後の園職員の対応方法などを可視化でき、再発防止策を講じる上で有効であると考えられる。

くわえて、上記の効果以外にも、職員の入退室記録や保育中の行動等の記録の保存による職員保護や第三者に対する説明資料など客観的物的証拠として効果的であるだけでなく、日々の保育を振り返る機会を得る上でも有効である。

なお、現時点では園児が利用する各部屋及び廊下に防犯カメラを設置している。

第5章 本事案に関連して付言すべき事項及び今後の課題

1 運営管理体制

(1) 組織で協力する保育に

本児は日常的に1対1で対応するなど手厚く対応しなければならない乳幼児であったため、特定の保育者に負担がかかっていたことが想定される。

本児に限らず、保育では特定の保育者の負担とならないように、保育計画の共有など園内での情報共有や相談体制の確立は必須である。とりわけ本児の場合はより一層の体制が必要であったと考えられるが、保育者間の情報の共有や保育者が保育について相談する体制は必ずしも整っていたとは言えない。

保育をする上での基盤を充実させることが必要であろう。

(2) 職員の勤怠管理について

提出された事案発生当時の資料に基づくと、同一の付与日数である職員であっても有給休暇の取得状況には職員によって大きく差がある事例があり、残業時間についても、実際には勤務していても残業として処理されていないものがあつた。

また、園保育士が「打合せや書類を作成する時間は、休憩時間しかない。」「他の保育士もそのようにしている。他の保育園もそうだと思う。」と述べており、休憩時間が取られていない勤務の実態があると見受けられる。

このような状況では、業務の多忙化が重なることにより、確認不足や焦りなどから、過失による落下等の偶発的な事故が起こり得ることが懸念されるとともに、保育者に日常的なストレスの蓄積をもたらし、本事案が故意に危害を加えたことを前提とした場合、その発生背景のひとつとなり得ることも考えられる。

したがって、園は、職員の有給休暇、残業時間等の勤怠や労働時間と休憩時間の区別など職員の勤務実態について把握及び管理し、労働に関する適正な管理に向けた取り組みを実施する必要がある。

(3) 職員のモチベーションを高めるための研修

園の保育理念や保育方針、保育目標などの共有化や保育者がモチベーションを高めるための園内研修は重要であるが、園から提出された研修資料からすると十分であったとは言いがたい。このことは、当時の本施設における直接処遇職員（常勤的非常勤を含む）の平均勤続年数が2.2年であったことも無関係ではないと考えられる。

また、事案発生後は本事案の発生を踏まえた研修を重視し、取り組むべきであるが、事案発生前と発生後では研修内容に大きな変化が見られない。

このような重大事故が発生した際は、事案の全容が解明されていない段階であっても、発生した事実が変わりはないことから、職員の意識が鮮明のうちに乳幼児の安全・命を守る研修や通報の初期対応等のその事案に係る研修を積極的に設定することが望ましく、運営法人及び園は当事者意識を持ち、向き合うことが必要であり、それこそが

多くの幼い命を預かる保育所としての責任であると考える。

今後、保育者がモチベーションを高めることや保育を組織でするという意識を、研修を実施することが必要である。

2 正規職員とは就労条件の異なる職員の増加による認識共有と正規職員の負担増加

乳幼児の命を預かる保育所では、子ども観、保育観、発達観、教育観などを職員が共有化することが重要である。

多くの保育所において、臨時保育士（常勤的職員）の職員会議などへの出席は、任意になっていることが少なくなく、当該園においても本児を預かるグループのリーダーを事案が発生するまでの6年間を臨時保育士（常勤的職員）として勤務していた保育士Aが担っていたが、園長は「保育士Aの職員会議などの参加は3回に1回程度」と証言しており、保育士Aがグループのリーダーになることは体制としては十分とは言えないだろう。

さらに、一般的に、臨時保育士（常勤的職員）が保育現場で増えることで、責任を持たなければならない業務内容が正規保育士に負担がより多く生じることとなり、正規職員が業務に疲弊していることも否めない現実である。

このように、当該園に限ったことではないが、保育の現場では臨時保育士（常勤的職員）やパート職員が増加しており、乳幼児の命を預かる保育所の保育にマイナスの影響を与えている面もある。

園保育士も、聞き取りで「常勤の保育士は様々な業務で忙殺され、余裕がなく、子どもたちと接する時間を惜しみつつ書類作成等の業務に当たっている。本事案に関しても、もう少し子どもと携わる時間が多ければ、本児の僅かなサインを見逃なかったのかとも思う部分もある。もっと子どもたちと向き合えると良い。」と述べている。

当該園に限らず、臨時保育士（常勤的職員）の割合が増える傾向にあるが、臨時保育士（常勤的職員）であっても正規保育士と同じように保育に参画し、正規保育士と同じように保育にあたる、あるいは正規保育士の割合を増やすなど、体制を整備することが必要である。

3 配慮を必要とする子どもへの対応

(1) 配慮を要する子どもの保育

入園後の園の本児への対応を見ると、本児の身体発達の状況は、保育するに当たり配慮が必要であったことが考えられる。

実際に、入園の2か月後である4月に行われたクラス編成においても、本来は1歳児のグループとなる本児が0歳児のグループで保育を受ける編成となっている。また、園が市の発達支援室への定期的な通所を提案するほどの手厚い保育が必要とされる乳幼児であったことから、園内で人員調整し、対応していたことが実情であると推察できる。

事案発生時の本児は1歳1か月であったことから、障がいに関する判断は難しい段階

であるものの、乳幼児を育てる専門機関である保育所は、地域の療育機関、医療機関、児童相談所等の他の専門機関と連携しながら、乳幼児の育みを支えていく必要があると考える。

(2) 自治体の対応

園長は、聞き取りの中で「本児のような未熟児・超低体重児の乳幼児を通常の保育所で預かることに疑問を感じている。配慮が必要な乳幼児が入所する場合、十分に調査をして入所判定してほしい。仮に入所決定された場合は、事前に情報提供等の連絡がほしい。福祉という事業の性質上、受け入れる使命があることは承知しているため、医療機関や保健所等と連携し、支援体制を築いた上で入所決定をしていただけるとありがたい。」と述べていることから、自治体においても本児のような乳幼児の入所決定に当たっては、受入先の保育所等と十分な協議と関係機関に対する連携・調整が必要であると考える。

国の制度では、市町村が配慮を必要とすると認めた乳幼児を受け入れている保育所等に対し「療育支援加算」として給付しており、平塚市においては当該加算とは別に独自の補助金も交付している。これら給付及び交付は、市の「障がい児保育認定」が必要となるが、本児はそのような認定を受けていなかった。

園がこの制度を認識していたかは不明であるが、市は改めて本制度について周知が必要であると考えたとともに、本児のような乳幼児に対し、保育所等が手厚い人員配置や勤務体制を編成できるよう、国や自治体に対してはさらなる園支援の体制を検討いただきたい。

(3) 保護者に療育機関を薦めるに当たって

園は、本児保護者に市の“こども発達支援室”での受診を薦めたようである。

それに対して、本児保護者は聞き取りで「“障がい認定”をされたようで、園に不信感を持った」といった旨の発言をしている。

本児の入園から事案発生までの期間が2か月と短期間であったため、園と本児保護者の信頼関係の構築は困難であったとも推測されるが、園が本児保護者に療育機関を薦めるに当たっては、両者の信頼関係の構築が基盤として必要であろう。

4 重大事故発生後の園における組織としての取組み

(1) 事案発生時の初期対応

本児の容態急変の発見から救急搬送に至る一連の初期対応については、早急な通報、消防隊員の指示によるAEDの使用や人工呼吸、心臓マッサージの実施など適切な処置がなされていることから、問題が無かったと思われる。

(2) 「二度と起こさない」ための取組みと共有

本事案では、乳幼児が保育中に死亡するという重大事故が発生したことから、運営法人及び園は、当事者として実践していた保育の点検や確認、さらには「二度と同様の事

態を繰り返さない」ための再発防止に向けた取組みを全職員で共有化する等、より一層の対応策を講じることが必要となるが、組織としてはなされていなかったようであり、課題があったのではないかと考える。

乳幼児が保育中に死亡するという重大事案が発生した状況では、組織での取組みとして、園内における事故報告書やヒヤリハット等の職員間における共有の徹底が重要である。

(3) 保護者への対応

保護者への対応は直接の事案発生要因ではないが、日常の保護者に対する園の姿勢に問題を感じる。

事案発生後、園は本児保護者への連絡を一切絶ってしまった。また、在園児保護者には事案発生当時は園から事案についての情報提供がなかったため、在園児保護者は事案発生から4年後の保育士逮捕の報道を受け、初めて事案を知ることとなった。

事案発生後、園は捜査機関から本児保護者に対して接触しないよう要請されており、また、在園児保護者に対して慎重な捜査を理由に事案自体について公にしないよう指示されたこと証言していることから、本児保護者及び在園児保護者への連絡を絶ってしまった園の対応は理解できないと言いき難い。

しかしながら、多くの幼い命を預かる保育所を運営する運営法人として、同法人及び園は、幼い命を預けている在園児保護者に対し、保育所の運営に極めて重要な要素である保護者との信頼関係維持の観点からも、事案発生後の事案に関する早急な情報提供や事案に対する園の姿勢などの対応方針を示すことが望ましく、その必要があったと考える。

5 入所して間もない子どもの体調変化への対応

内閣府が公表している「平成28年教育・保育施設等における事故報告集計」によると、平成28年に保育所等で発生した死亡事故は13件あり、そのうち11件が0～1歳児であったこと、13件のうち10件が睡眠中に発生していることが示されている。

また、L.S.F.A.- Children'sによる「保育環境における突然死を防ぐために」では、保育所等における死亡事故の発生状況は「3歳未満-9割以上」「睡眠中-8割以上」であり、さらに保育睡眠中の突然死について「寒い時期に多い」「4月に多い」「預かり初期の危険性(30日以内-57.6%)」であるとしている。

本児は、平成29年2月に入園、その約3か月後に園で亡くなっており、検証委員会が収集した資料からは、事案発生前の1か月間は体調を崩していることが判明している。

本検証においては、死因を頭部打撲及び頭蓋骨骨折による外傷性くも膜下出血であるとしたため、保育睡眠中の突然死などの上記データに照らし合わせたこれ以上の検証は進めていないが、注視するに値するだろう。

また、本児保護者へのヒアリングによると、本児保護者は本児が罹患した際に、自宅療

養ささるべきという考えと本児保護者が出勤するために登園させなければならないという現実との狭間で、本児の状況を考慮しつつ苦慮していたことや主に保育所に通う乳幼児が罹患し、家庭での保育が困難な際に預けることができる病児保育施設の存在を本事案後に知ったことを述べている。

平塚市には当時、病気の回復期に乳幼児を預けることができる病後児保育施設があり、現在は病児保育施設も設置されていることから、市はそれら施設を含む各保育サービスについて、改めて周知する必要があると考える。

くわえて、保育所等への入園間もない乳幼児の保護者が、乳幼児の体調不良等に対応するため、子どもの看護のための休暇を特別に取得しやすくすることを認める社会となることが望まれる。

6 保育士の待遇向上及び配置基準改善並びに事務の効率化

本章1「(2)職員の勤怠管理について」に記載のとおり、園保育士によれば、多忙のため保育記録の作成や打合せを休憩時間にやらざるを得ず、それは当該園のみならず他の保育所でも常態化していると思われるとのことである。このことは、国基準の現在の人員配置では保育に必要な記録のための時間を確保することさえも難しく、本来であれば休息のための時間を、記録や打合せのための時間になっていることを示している。

保育士の低すぎる待遇や何十年も前から変わらない配置基準が社会で問題になっているが、国や自治体は、保育士の待遇向上や配置基準の見直しを喫緊の課題として改めて認識し、改善に向けて取り組んでいかなければならない。

また、職員の休憩時間や保育に専念する体制を確保するためにも、保育所等は情報通信技術（ICT）の活用などにより事務の効率化を進めることが必要であり、国及び自治体にはそれらを促進・補助する施策の実施が求められる。

7 市の検証時期に関する指摘

市は、事案発生から4年8か月経過した令和4年1月に検証委員会を設置し、本事案おける発生要因等の検証や再発防止策の提言について諮問している。

警察による捜査や裁判などにより新しい証拠や事実が判明し、事実関係が次第に判明していくことで、検証に資することは大いに考えられるが、一方で、保育所内で乳幼児の容態が急変し、死亡したという事案が発生しているために、市は他機関の進捗にかかわらず検証をしていく必要があった。

くわえて、再発防止においては、現場の生の声を反映させていくことも重要であり、関係者の記憶が鮮明なうちに事実を確認するという観点からも事案発生後、早期に検証していく必要があったと考える。

また、早急な検証及び再発防止策の提示は、園だけではなく他園にも波及するため、他園においても同様な事案への対策が早期に講じられ得ることは言うまでもない。

府子本第 1 9 2 号
2 7 文科初第 1789 号
雇児保発 0331 第 3 号
平成 2 8 年 3 月 3 1 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 の長 殿
各指定都市・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）

内閣府子ども・子育て本部参事官

(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
保 育 課 長

(印影印刷)

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、国の子ども・子育て会議において、行政による再発防止に関する取組のあ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、各施設・事業者や地方自治体が事故発生の防止等や事故発生時の対応に取り組み、それぞれの施設・事業者や地方自治体ごとの実態に応じて教育・保育等の実施に当たっていくために参考とするガイドライン等を作成するよう提言を受けた。

今般、この取りまとめを踏まえ、特に重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項や、事故が発生した場合の具体的な対応方法等について、各施設・事業者、地方自治体における事故発生の防止等や事故発生時の対応の参考となるよう「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」を作成したので別添のとおり送付する。

については、本ガイドラインを内閣府、文部科学省、厚生労働省のホームページに掲載するので、管内の市町村（特別区を含む。）、関係機関及び施設・事業者等で広く活用されるよう周知を図られたい。

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、事故発生の事実把握、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

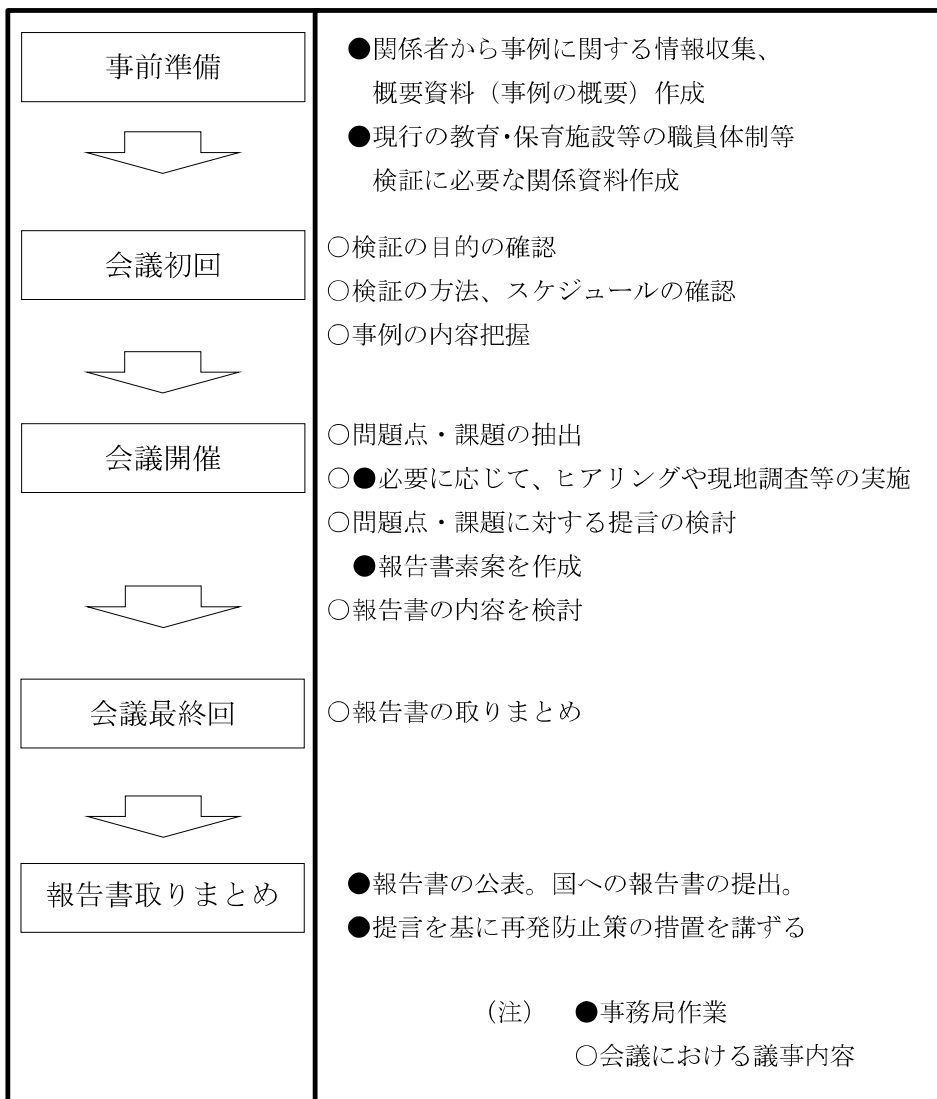
施設・事業	指導監査等の実施主体	根拠法	監査指針等
・特定教育・保育施設 ・特定地域型保育事業	市町村	子ども・子育て支援法	子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等の指導監査について（平成 27 年 12 月 7 日府子本第 390 号、27 文科初第 1135 号、雇児発 1207 第 2 号）
幼保連携型認定こども園（*）	都道府県 指定都市 中核市	認定こども園法	「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律に基づく幼保連携型認定こども園に対する指導監査について」（平成 27 年 12 月 7 日府子本第 373 号、27 文科初第 1136 号、雇児発 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。



平塚市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会規則

(趣旨)

第1条 この規則は、平塚市附属機関設置条例（平成25年条例第2号）第3条の規定に基づき、平塚市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会（以下「検証委員会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(委員)

第2条 検証委員会の委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 弁護士
- (2) 医師
- (3) 学識経験者
- (4) その他市長が適当と認める者

2 委員の任期は、委嘱又は任命の日から諮問に係る調査審議の終了の日までとする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第3条 検証委員会に委員長及び副委員長1人を置き、委員の互選により定める。

- 2 委員長は、会務を総理し、検証委員会を代表する。
- 3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき、又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第4条 検証委員会は、委員長が招集し、その議長となる。

- 2 検証委員会は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。
- 3 検証委員会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(意見の聴取等)

第5条 検証委員会は、その調査審議事項について必要があると認めるときは、委員以外の者に出席を求め、意見若しくは説明を聴き、又は資料の提出を求めること（以下「意見の聴取等」という。）ができる。

- 2 検証委員会は、意見の聴取等の対象者が未成年者であるときは、当該未成年者及びその保護者に十分に配慮しなければならない。

(委員の除斥)

第6条 委員は、自己、配偶者又は3親等内の親族に直接の利害関係のある事案については、その調査審議に加わることができない。

(守秘義務)

第7条 委員は、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。その職を退いた後も同様

とする。

(庶務)

第8条 検証委員会の庶務は、健康・こども部保育課で処理する。

(その他)

第9条 この規則に定めるもののほか、検証委員会の運営に関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

平塚市内の認可保育所における乳幼児死亡事案に関する検証報告書（概要）

1 検証の目的

市内認可保育所で発生した死亡事案に関する事実関係の把握、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、市に提言することであり、関係者の処罰を目的とするためのものではない。

2 事案の概要

平成 29 年 4 月 27 日に市内に所在する認可保育所において、当時 1 歳 1 か月であった女児が午睡中に急変し、病院に救急搬送されたものの、同日 15 時 4 分に搬送先の病院で死亡が確認された。

3 事案発生当日の経過

- 本児は臥床させると泣くため、園では保育士 1 対 1 で対応していた。
- 職員 3 人（保育士 2 人及び看護師 1 人）が本児を含む入眠までに時間のかかる園児 5 人を一時保育室で午睡させるため、各園児を同室に移動させ、保育士と看護師の 2 人で寝かしつけを行った。
- 寝かしつけ中は保育士が本児ではない園児を抱き、ミルクを飲ませていたがミルクが足りなくなったことから、看護師が調乳のために数分間、一時保育室を退室した。その後、保育士と調乳を終えた看護師が一時保育室にて保育中に両名が本児の異変（顔面蒼白）に気付いた。
- 園長に事態を報告後、園では保護者に架電、119 番通報、消防署員の指示による AED 操作、心臓マッサージを実施する。
- 本児は救急搬送されたが、病院にて本児の死亡が確認される。

4 推察される死因とその考察

収集できた資料から「頭部打撲及び頭蓋骨折による外傷性くも膜下出血」であるとする。

なお、国からの通知においても「事実関係の確認」にとらわれすぎないように、収集できる情報の中で再発防止策をまとめる必要があるという指針が示されていることから、現時点において収集できた資料及び情報から考えられる可能性について考察している。

5 死因を引き起こす可能性のある要因の分析

- 頭部打撲及び頭蓋骨折による外傷性くも膜下出血
→ 医学的見地からすると、頭蓋骨折を引き起こした頭部打撲は、異変が発見される直前若しくは数時間前に発生したと考えるべきである。
- 本児は事案発生当日の 10 時 45 分の昼食を完食したこと、園長が午前中に本児について特段問題視するような様子はなかった旨を確認していること及び保育者が本児の異変に気付いた時刻が 13 時であること。
- 登園前の原因によるものではなく、登園後、園内において、異変が発見されるまでの間に何かが起きたと考えるのが自然である。

6 要因から考えられる課題と再発防止策の提言

- ◎ 偶発的に発生した事案として考えられる要因
- 保育室内の保育に不適切な設備及び物品への接触
→ 保育に不適切・不相应な用品の更新又は撤去
- 保育中の本児の落下
→ 保育を実施する部屋の床素材の再検討
- ◎ 故意の作為による事案として考えられる要因
- 意図的な頭部への加害
→ 保育者を 1 人にしない体制の検討
- 防犯カメラの設置

本事案に関連して付言すべき事項及び今後の課題

運営管理体制

- 保育計画の共有など園内での情報共有や相談体制の確立など組織で協力する保育が必須である。
- 園は、職員の有給休暇、残業時間等の勤務実態を把握し、勤怠管理を通して労働の適正な管理を実施する必要がある。
- 職員の意識が鮮明のうちに乳幼児の安全・命を守る研修などを積極的に実施することが望ましく、運営法人及び園は当事者意識を持ち、事案と向き合うことが必要である。

就労条件の異なる職員の増加による認識共有と正規職員の負担増加

- 本事案の園に限らず、臨時保育士（常勤的職員）の割合が増える傾向にあるが、臨時保育士（常勤的職員）であっても正規保育士と同じように保育に参画する、正規保育士の割合を増やすなど、体制を整備することが必要である。

配慮を必要とする子どもへの対応

- 園は地域の療育機関、医療機関、児童相談所等の他の専門機関と連携し対応していくことが望ましい。
- 自治体には本児のような乳幼児の入所決定の際は、受入先の保育所等との十分な協議と関係機関に対する連携・調整が求められる。
- 本児のような乳幼児に対し、保育所等が手厚い人員配置や勤務体制を編成できるよう、国や自治体はさらなる園支援の体制を検討すること。

重大事故発生後の園における組織としての取り組み

- 乳幼児が保育中に死亡する重大事故が発生した状況では、保育内容の点検及び確認をし、再発防止に向けた取組みの共有及び徹底が重要である。
- 園の対応は理解できないと言いが、多くの幼い命を預かる保育所として保護者との信頼関係維持の観点からも事案に関する早急な情報提供や事案に対する園の対応方針を保護者に示すことが望ましく、必要であった。

入所して間もない子どもの体調変化への対応

- 市は各保育サービスについて、改めて周知する必要があると考える。
- 保育所等への入園間もない乳幼児の保護者が、乳幼児の体調不良等に対応するため、子どもの看護のための休暇を取得しやすくすることを認める社会となることが望まれる。

保育士の待遇向上及び配置基準改善並びに事務の効率化

- 職員の休憩時間や保育に専念する体制を確保のために保育士の待遇向上や配置基準の見直しが喫緊の課題である。
- また、園は情報通信技術(ICT)の活用などにより事務の効率化を、国及び自治体にはそれらを促進・補助する施策の実施が求められる。

市の検証時期に関する指摘

- 関係者の記憶が鮮明なうちに再発防止策を検討することが必要であることから、捜査機関や裁判の進捗にかかわらず検証すべきであった。
- 早急な検証及び再発防止策の提示が当該園だけではなく他園にも波及し、他園においても同様な事案への対策が早期に講じられ得る。