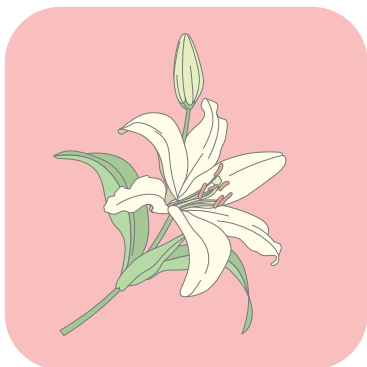
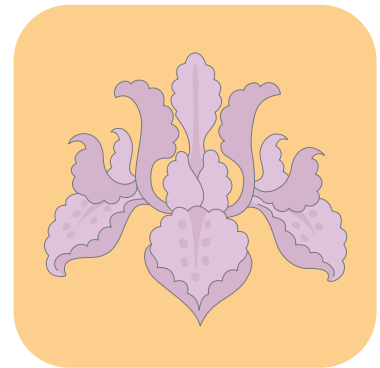
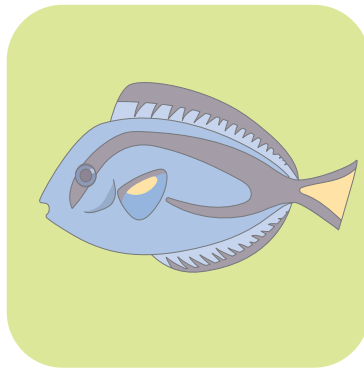


教育・保育施設等における 「乳児等の睡眠中の突然死」 検証報告書作成の手引き



目次

1	本手引きの趣旨	1
2	検証の目的	2
3	検証委員会の設置	4
3.1	検証委員会の位置づけ	4
3.2	検証委員会の委員	5
3.3	都道府県による市町村への支援	5
4	情報の収集	6
4.1	検証に必要な情報を収集する手順	6
4.1.1	施設からの情報収集	7
4.1.2	自治体内の他部署（指導監査部署、保健部署等）からの情報収集	7
4.1.3	警察等の捜査機関、医療機関、消防等からの情報収集	8
4.1.4	遺族への説明・グリーフケア	8
4.2	情報管理	9
5	検証の進め方	10
5.1	事実関係の時系列での整理	10
5.2	分析の観点	10
5.2.1	こども・保護者	12
5.2.2	施設の管理状況	15
5.2.3	施設のソフトウェア	16
5.2.4	施設のハードウェア	17
5.2.5	施設的环境	18
5.2.6	施設の職員	19
5.2.7	自治体	20
6	報告書の作成	22
6.1	報告書の構成例	22
6.2	報告書の公表・非公表の検討	24
6.3	提言のフォローアップ	25
付録1	検証通知	26
付録2	検証委員会設置要綱の例	36

1 本手引きの趣旨

地方自治体(以下「自治体」といいます。)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「施設」といいます。)においてこどもの死亡事故等の重大事故等が発生した場合に、事実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して、国に検証報告書を提出することとなっています。(「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)等連名通知。以下「検証通知」といいます。))

その中でも、「乳児等の睡眠中の突然死」は、死亡原因や死亡に至る経過が不明なケースが多く、検証が比較的困難であることが想定されます。他方、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第2条において謳われているとおり、こどもの最善の利益のため、「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う」とされています。「乳児等の睡眠中の突然死」の検証においても、死因が不詳である場合が多くとも、想定されるリスク要因をつぶさに検証することで、事故発生につながり得るリスク要因を軽減し、こどもの死亡という痛ましい出来事を繰り返さないようにする必要があります。

本手引きは、「乳児等の睡眠中の突然死」の検証に当たり、検証の目的や望ましい体制、検証に必要な情報、報告書のとりまとめ方のポイントを示しています。本手引きが、自治体担当者の皆さまの参考となり、より効果的・効率的な検証ができるよう、また、そのことを通じて事故の再発を防ぎ、こどもやその保護者が安全・安心な保育を受けられるよう、検証通知と併せて、是非ご活用いただければ幸いです。

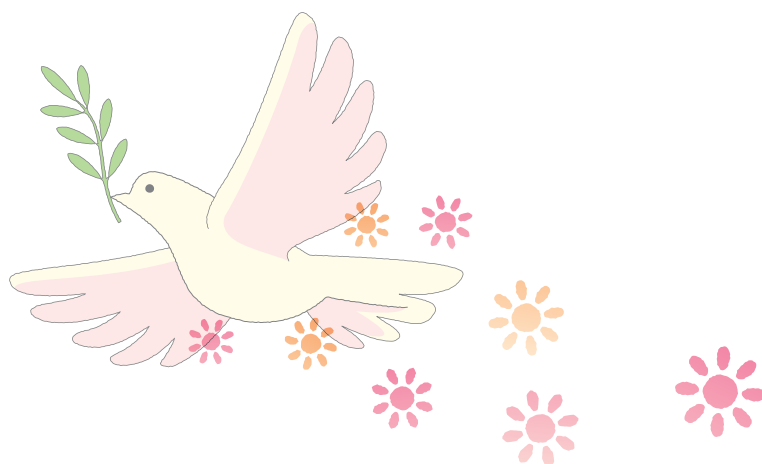


2 検証の目的

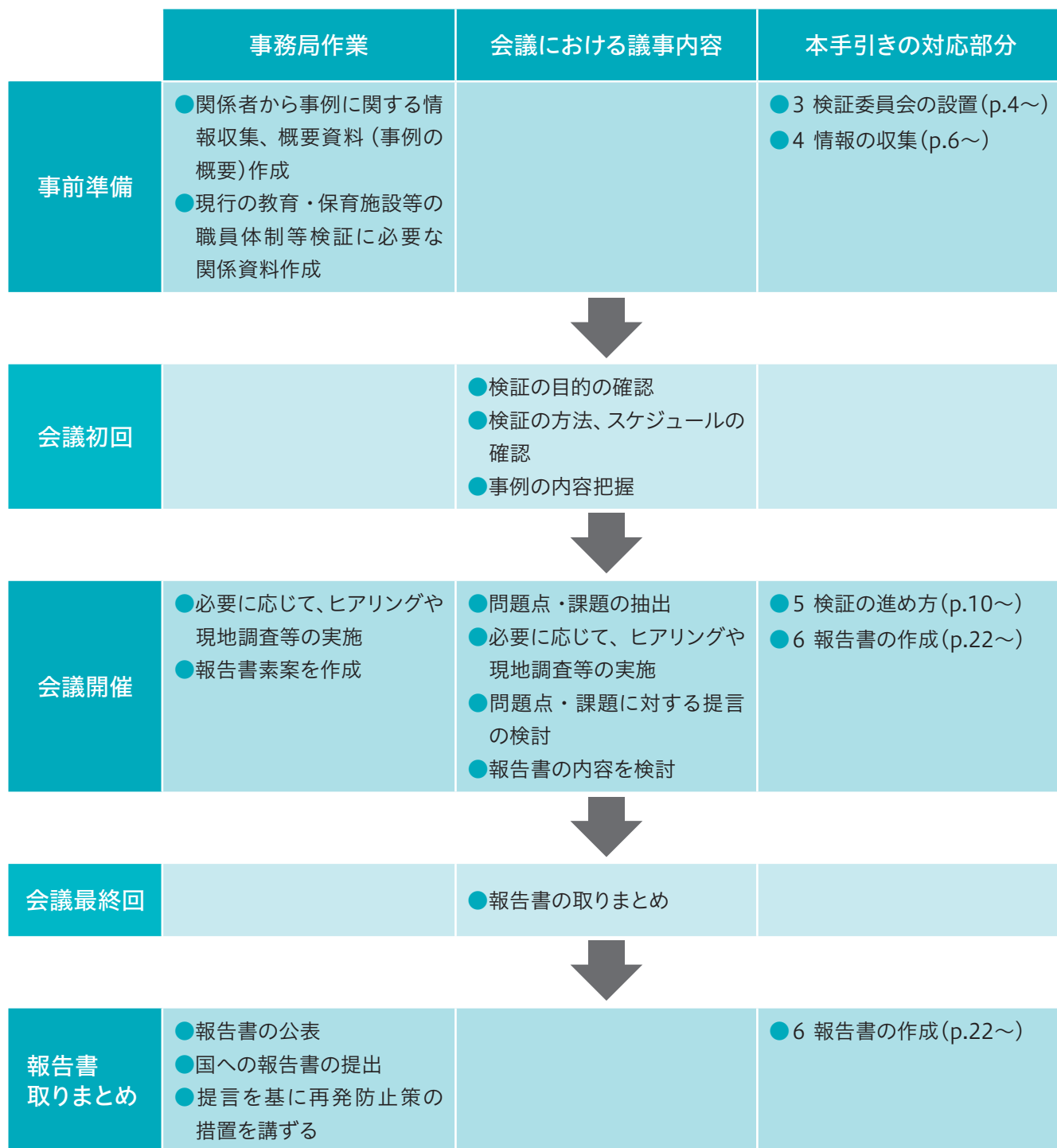
検証の目的は、一義的には「事故の再発防止」にあるといえます。検証通知においては、「検証は、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業、認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するために行う。」とされています。

発生原因等の分析に当たり、こどもの死因を検証することも重要なことです。他方、先述のとおり、特に「乳児等の睡眠中の突然死」は死因が不詳である場合が多く、また、死因ごとにリスク要因が全て異なるわけではなく、様々な死因に共通するリスク要因もありますので、死因究明にこだわりすぎると、かえって他の要因分析が疎かになりかねません。情報収集をした結果として、なお死因が不詳であったとしても、得られた情報の中でできる限り施設における保育のプロセスの中で何が課題であったかを見極め、事故の再発防止につなげることが求められます。

また、事故が発生した施設は、亡くなった子ども以外にも、現に施設を利用することもがおり、事故発生後も必要な再発防止策を徹底した上で、継続して地域における保育の担い手となることが見込まれます。したがって、こどもが亡くなった当時の職員など、特定の個人の責任を追及する検証は望ましくありません。施設やそれを監督する行政など、保育のシステム全体におけるリスク要因を検証し、地域全体で事故の再発防止を図るという意識が重要です。



(参考) 検証委員会による検証のフロー図



3 検証委員会の設置

重大事故の検証に当たっては、その客観性を担保するため、外部の専門家で構成する検証委員会を設置し、自治体の担当者が事務局となって検証を行うことが求められます。ここでは、検証委員会の位置づけや委員構成等についてお示しします。

3.1 検証委員会の位置づけ

施設において「乳児等の睡眠中の突然死」等の重大事故が起こった際は、基本的には、事故発生時に設置要綱を策定の上、検証委員会を設置することになります。ただし、自治体の規模等によっては、定期的に重大事故防止策に取り組むために、常設とすることも考えられます。

表 1 に、①設置のタイミング、②設置の形態の違いについて、それぞれメリット・デメリットを示していますので、参考としていただきつつ、地域の実情に合わせた設置方法を検討してください。

表 1 検証委員会の位置づけに係るメリット・デメリット

設置のタイミング

	常設	事故発生時の設置
メリット	既に設置要綱等を定め、委員を選定しているため、機動性は高い	発生した事故に応じて専門家を選任するため、個別事案に関する委員の専門性確保がしやすい
デメリット	委員の専門領域と個別事案に求められる専門的知見が一致しない場合がある	委員の選任手続等から始める必要があり、設置に時間がかかる

設置の形態

	児童福祉審議会等の下に設置	独立した委員会として設置
メリット	<ul style="list-style-type: none">● 平時から審議会等の開催を通じて連携が取りやすい● 審議会等において管内地域における保育状況のインプットができています	他の審議会等との日程調整等の必要がない
デメリット	他の審議会等との日程調整等が難しい	平時から審議会等を通じて関係性ができていないわけではない

なお、事故が発生してから委員候補を選定すると、速やかな検証が実施できないため、都道府県等からの紹介も得ながら、平時から委員候補をリストアップしておくことが望まれます。

3.2 検証委員会の委員

検証通知においては、検証組織の委員について、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）等が例示されています。

「乳児等の睡眠中の突然死」は、死因の判断が難しいこともあり、医師については、小児科医に限らず、法医学医師など、事故の内容に応じて適切な専門分野の医師を選定することが望まれます。弁護士は、各都道府県の弁護士会からの紹介を得る方法もあります。また、検証通知においては、栄養士について「誤嚥等の場合」という注釈がついていますが、「乳児等の睡眠中の突然死」の場合、昼食後の午睡時に発生することも想定され、食事の内容や方法等も検証が必要な可能性があることから、誤嚥に限らず栄養士の選定を検討することも考えられます。

なお、委員への就任依頼時には、事故の概要などの他、設置要綱上の守秘義務に係る規定なども説明し、プライバシー保護の徹底について委員にしっかりと理解いただくようにしてください。

3.3 都道府県による市町村への支援

検証通知においては、「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。」とされ、具体例として検証委員会委員の紹介などがあげられています。

先述のとおり、検証委員会を常設としない場合でも平時から委員候補のリストアップ等をしておくことが望ましい一方、「乳児等の睡眠中の突然死」の検証を依頼できる専門家を市町村単位で見つけることが困難なことなども想定されるため、市町村において検証を実施することとなった際には、都道府県がバックアップできるような関係性を構築しておくことが必要です。



4 情報の収集

4.1 検証に必要な情報を収集する手順

検証に必要な情報は、関係者の記憶が薄れないよう、事故発生直後に、自治体が「教育・保育施設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【事故発生時の対応】～施設・事業者、地方自治体共通～」に基づき、収集することになります。「乳児等の睡眠中の突然死」の検証に当たって必要な情報の詳細は、第5章第2節「分析の観点」において、当該情報が何から得られるかの対象とあわせて、チェックリストとしてお示ししていますので、ご参照ください。こちらをたたき台としつつ、第1回検証委員会の開催前に、検証委員会委員に相談し、最終的に必要な情報を決定するのがよいでしょう。

遺族には、子どもを亡くされた悲しみ(グリーフ)に対するケアの実施や、検証の実施及び情報提供の依頼に際して事前の承諾を得ることが望まれますが、その上で、可能な限り聴き取りを実施し、施設等から得た情報とあわせて、当事者の認識を整理することが求められます。さらに、自治体内の他部署(指導監査部署、保健部署等)や警察等の捜査機関、医療機関、消防等の関係機関に情報提供を依頼し、当事者である施設や遺族から得られた情報と突き合わせることを考えられます。なお、特に遺族への対応は、最小限の質問に絞るなど、細心の注意が必要です(4.1.4「遺族への説明・グリーフケア」参照)。

情報提供を依頼する際に共通して求められる対応(特に施設、遺族)*¹

1 聴き取りを実施する場合は、対象者の心情に配慮して話しやすい環境を整える

- ・ 対象者の希望に応じて聴き取り場所を設定する
- ・ なるべく静かな個室において、事務局側は必要最小限の人数で行う
- ・ わかりやすい言葉で質問し、実施者の考えを差し挟まず、対象者の回答を受容する
- ・ 対象者の自発的な発言を導き、誘導尋問にならないように留意する
- ・ 威圧的にならないよう、「何故か」と問い詰める質問は避ける
- ・ 長時間にならないように留意する

2 対象者への説明が求められる内容

- ・ ①検証制度の概要及び目的、②提供を依頼する情報及び当該情報の検証における取扱い(活用方法、プライバシー保護の取組)、③報告書の事前協議等を説明する
- ・ 聴取した内容をそのまま記録(メモや録音)として保存し、検証委員会において共有することの承諾を得る

*1 公益社団法人日本医師会「研修ワークブック 院内調査のすすめ方 2020版」参照

4.1.1 施設からの情報収集

施設からは、こどもの成育歴、平時及び事故当時の状況など、最も多くの情報を得ます。そのため、施設における管理の状況などは、事故当時こどもを担当していた職員だけではなく、施設長や非常勤職員を含む全ての職員から聴取することが重要です。ただし、全員の個別対応は困難であるため、例えば、施設長及びこどもを担当していた職員は個別に、それ以外の職員は勤務形態別等で別途話を聴く、といった工夫が望まれます*2。

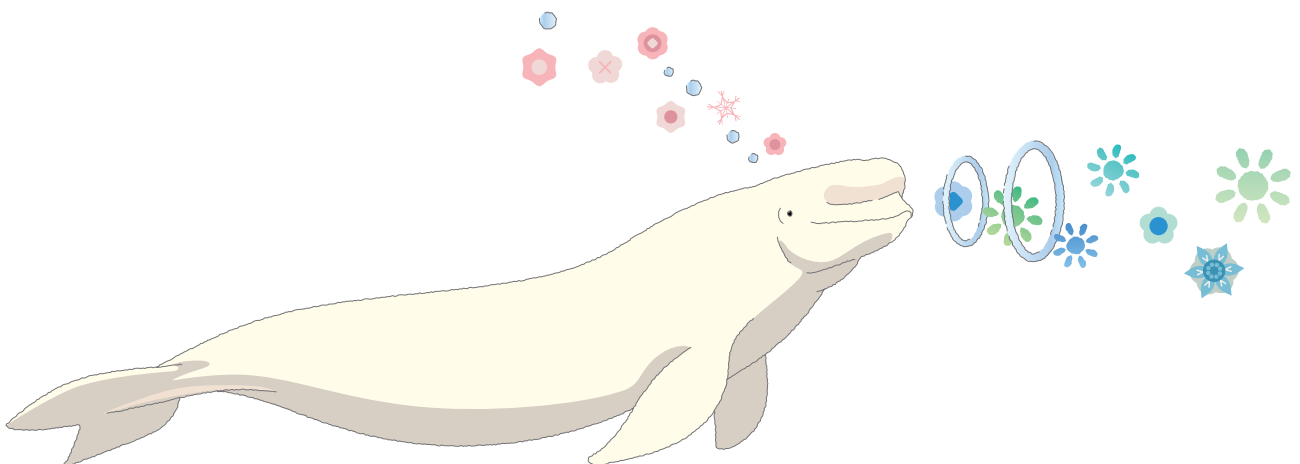
施設職員がこどもの死について大きなストレスを感じていることも想定されます。検証は個人の責任を追究するものではない旨を説明することや、自治体において委嘱している臨床心理士を施設に派遣するなど、心のケアの視点も必要です。

施設におけるこどもの状況把握の必要性

例えばこどもの健康状態等については、本来であればこどもの入所時に確認しておくべき事項と考えられますが、これについて施設から情報が得られない場合、施設における運営上のリスク要因であると同時に、平時の指導監査においてこうした施設の課題を確認できなかった自治体におけるリスク要因として判断できます。

4.1.2 自治体内の他部署(指導監査部署、保健部署等)からの情報収集

必要に応じて他部署と連携できる体制を構築しておくことが望まれます。指導監査担当部署からは、施設への立入調査結果とそれへの対応状況の情報を得ることが求められます。また、保健担当部署からは、こどもの健康状態等を施設等が把握していない場合に、乳幼児健康診査の結果など、母子保健対策の一環として得ている情報を得ることが考えられます。また、子育て支援部署からは、対象が要配慮家庭であるか、その場合に市町村等からどのような支援をしていたかについて情報を得ることが考えられます。



*2 記録用紙に記入してもらおうとよいでしょう。記録用紙の様式例は、「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【事故発生時の対応】～施設・事業者、地方自治体共通～」を参照してください。

4.1.3 警察等の捜査機関、医療機関、消防等からの情報収集

「乳児等の睡眠中の突然死」については異状死と判断された場合、警察等の捜査機関による捜査が行われます。捜査情報には、こどもの死因及び死因判断に関する考察等に関する司法解剖の鑑定書、カルテの情報、生活状況、関係者の供述等が含まれます。また、カルテの情報等は、医療機関から直接入手することも考えられます。

これらの情報は、検証にも有益な情報となり得ますが、とりわけ捜査情報は機密性が高く、警察等から共有いただくのは困難であることも想定されます。情報の入手に際しては、委員会において、必要な情報を整理し、施設や保健部署等から取得してなお足らざる部分があれば、警察等の捜査機関や医療機関、消防等に情報提供を依頼するという手順がよいでしょう。整理に当たっては、第5章第2節「分析の観点」に記載しているチェックリストを参照ください。

仮に当該機関から情報が得られなかったとしても、検証の目的は、先述のとおり、保育のプロセスの中で何が課題であったかを見極め「再発防止」につなげることにあり、得られた情報の中でできる限りの検証を進めることについて、あらかじめ検討委員会の冒頭などで委員と共通理解を図っておくことが望まれます。

Tips | 司法解剖を担当した法医学医師から話を聴く

過去の検証においては、検証委員会の委員とは別に、複数の有識者の考えを聴取するため、司法解剖をした法医学医師から話を聴くこととした自治体もありました。こうすることで、(捜査情報を得られずとも)①複数の専門的知見を得る、②司法解剖をした法医学医師に死因や判断の根拠について直接解説いただくことが期待できます。収集できている情報の状況に応じて検討委員会委員にその必要性を相談するとよいでしょう。なお、法医学医師からの情報提供について警察等に確認を要するかは、法医学医師が判断することが想定されますので、この点について自治体担当者から警察等への事前確認までは求められません。自治体担当者からは、法医学医師に検証の趣旨をしっかりと伝えるようにしましょう。

4.1.4 遺族への説明・グリーフケア

遺族には、①行政として検証を行う旨の説明と、②必要に応じて母子手帳などの情報提供の依頼を行うこととなります。先述のとおり、遺族はこどもを亡くした悲しみ(グリーフ)を抱えており、また、既に警察等からの聴取を受けていることが想定されます。それに加えて事務局が接触することになり、当初は「検証をして何の意味があるのか。そっとしておいてほしい。」といった消極的な意向を示されることも考えられます。

遺族と接触する前に、遺族との継続的な信頼関係を構築するため、あらかじめ、遺族と連絡を一元的に取り合う窓口となる担当者を決めておくようにしてください。最初は検証に対して消極的であっても、時間が経つにつれて検証に前向きな姿勢を示していただける可能性があります。そのような気持ちになった時にすぐ対応できるよう、可能な範囲で、遺族から連絡が取りやすい体制を構築しておくこともご検討ください。聴き取るべき情報を、聴き取れるタイミングで収集することが大切です。

遺族と最初に接触する際は、こどもを亡くした悲しみに寄り添い、傾聴しつつ、先述のとおり、「責任の追及を目的とした聴取とは異なり、二度と同じような事故を繰り返さないために行う」という検証の目的・必要性や、プライバシー保護の取組を講じることなどをお伝えし、理解を得ることが求められます。必要に応じて、臨床心理士など、グリーフケアに詳しい専門家に同席を依頼することもご検討ください*3。

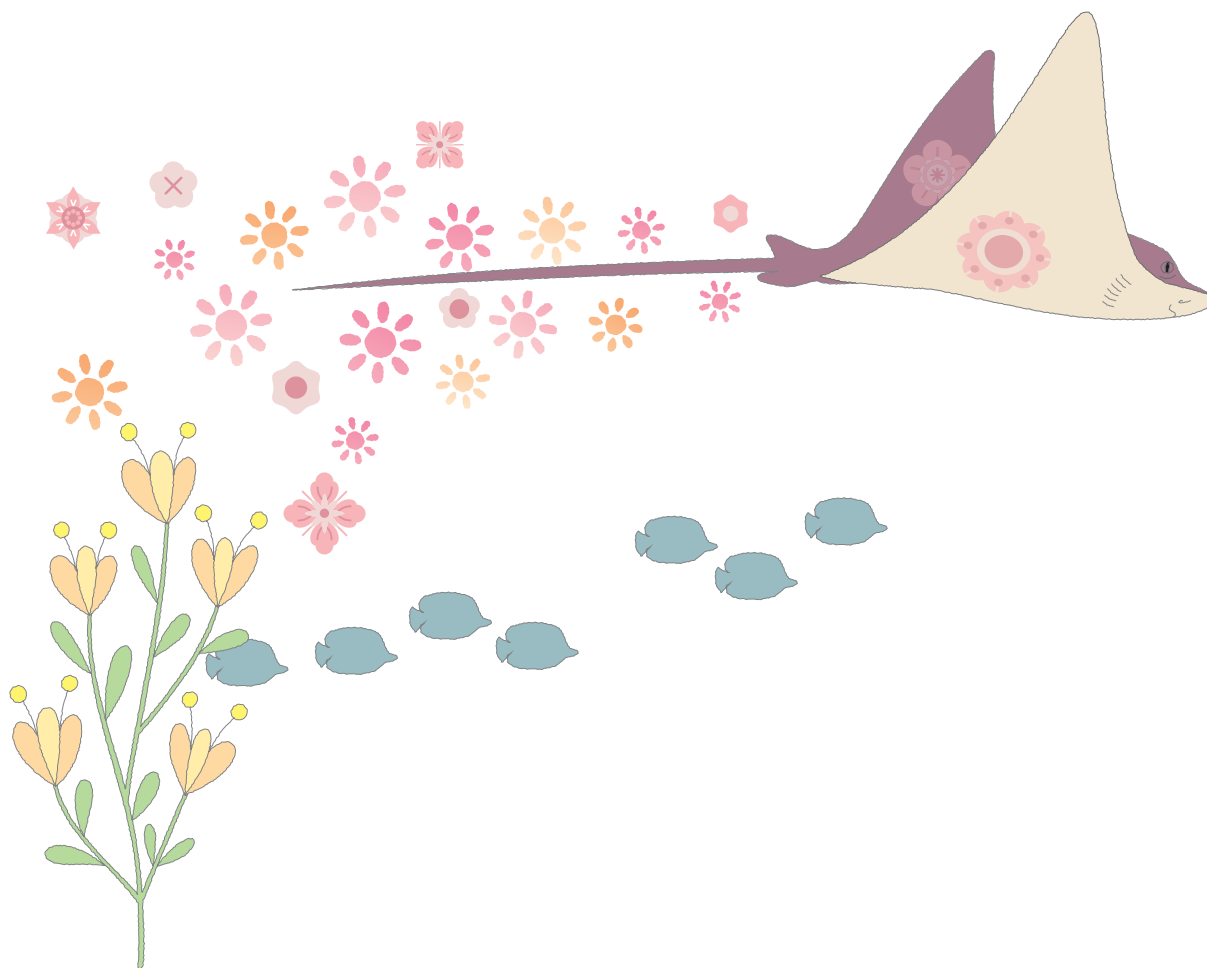
*3 こどもの死に関するグリーフケアについては、「自治体担当者のためのこどもを亡くした家族への支援の手引き－流産・死産・人工妊娠中絶を含むこどもの死－」（株式会社キャンサーズキャン、厚生労働省令和3年度こども・子育て支援推進調査研究事業「こどもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」）も参考になり得ます（URL：<https://cancerscan.jp/news/1115/>（令和5年1月10日閲覧））

Tips | 遺族の共感をより得るための工夫

「乳児等の睡眠中の突然死」について、過去に解剖による検証を拒否したものの、「こどものためを思えば解剖を通じて検証を実施すべきだったのではないかと後悔された保護者もいらっしゃいます。このような、同じこどもを亡くした保護者の事例を紹介することで、より遺族の心に訴えかけられる可能性もあります。

4.2 情報管理

特に、重大事故検証で取り扱う情報は機密性が高く、また、後の担当者にも適切に引き継がなければならないものです。収集した情報は、各自治体における文書管理規則に則って適切に保管する必要があります。委員会において紙の資料を配布する場合は会議後必ず回収しシュレッダーで処分する、ペーパーレス開催の場合はあらかじめ資料ファイルを保存した専用のタブレット端末等を机上にセットする、といった情報漏洩対策が考えられます。



5 検証の進め方

5.1 事実関係の時系列での整理

こどもや保護者、施設、行政の状況について、事故発生前から、こどもが死亡した後の対応を時系列順に整理すると、事実関係が把握しやすくなります。記載する情報の入手元(何の記録か、誰からの聴取か)も明示すると、もし関係者の認識が食い違っているところがあっても分かりやすく可視化できます。

表2 時系列表の記載例

日時	こどもの状況	保護者の状況	施設の対応	行政の対応
○月○日XX:XX	【保護者・施設からの聴取】 登園、体調良好	【保護者からの聴取】 施設から特に伝達事項はなかった	【施設からの聴取】 保護者から特に伝達事項はなかった	-
○月○日XX:XX	【施設からの聴取】 昼食	-	【施設からの聴取】 ぐずついてあまり食べられなかった	-

5.2 分析の観点

検証通知においては、以下について情報収集することとなっています。

- ① こ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

これらの要素について、特に「乳児等の睡眠中の突然死」の検証に必要な情報収集・分析ができるよう、項目をより具体化したチェックリストをp.12以降にお示しします。なお、具体化に当たり、①こども・保護者、②管理、③ソフトウェア、④ハードウェア、⑤環境、⑥施設の職員、⑦自治体にカテゴリ分けしています。

特に、①こども・保護者のうち、こども自身の状態に関係する情報については、「最低限確認すべきこと」と「可能であれば確認してほしいこと」に大別しています。後者については、情報があるとより死因の判断がしやすくなるが、平時から施設が必ずしも把握していない、保育のプロセスにおいては必須情報というわけではない、というものを分類しています。

表3 チェックリストのカテゴリ

分類	内容
①こども・保護者	こどもの成育歴、健康状況等、保護者の状況
②施設の管理状況	組織体制、職場の安全対策意識の醸成
③施設のソフトウェア	保育や事故防止に関するマニュアル、研修等
④施設のハードウェア	施設の設備、用具の設置場所等
⑤施設的环境	施設の照明、温度、湿度等 ※この「環境」は、「保育の環境」ではなく「事故のリスク要因がある状況」を指す
⑥施設の職員	職員の業務内容、能力(技能・知識)
⑦自治体	行政の支援・監督

チェックリストには、第4章第1節「検証に必要な情報を収集する手順」において述べたとおり、収集できる対象もお示ししています。事故直後から、施設や自治体内の他部署(指導監査部署等)とはやりとりを開始しているでしょう。その時点で得られる情報は入手しつつ、委員会開催前に、チェックリストを元に、収集すべき情報について委員と相談し、最終決定するとよいでしょう(例えば、⑥施設の職員のカテゴリにおける「入所後間もないこどものストレス軽減」の項目は、対象のこどもが該当しない場合もあります。)

チェックリストに基づき情報を収集した後は、それぞれの項目における対応について分析することになります。以下に分析のポイントをお示します。

チェックリストに基づき収集した情報を分析するポイント

1 「対応をしたか否か」ではなく、「どのように対応したか」を分析

例えば、⑥施設の職員のカテゴリにおける「睡眠チェック表は記入していたか」の項目について、「1人の職員が他業務の片手間でこどもを見ており、直接手で触れて呼吸確認はしていないが『問題ない』と言った。これを他の職員が聞いて睡眠チェック表にチェックをつけた」といった場合も、施設の職員にとっては記入していた、という認識になります。しかし、もちろんこれでは実効性のある対応とは言えませんので、こうした事情も踏まえて分析するために、「どのように記入していたか」という詳細までしっかり把握する必要があります。

2 なぜ、やるべきことが実践できていなかったか、その状況に至るまでの経過を掘り下げる

事故のリスク要因につながる背景として、「そもそもやるべきことを理解していなかった」場合と、「やるべきことは理解していたが実践できていなかった」場合が考えられます。

例えば、③施設のソフトウェアのカテゴリにおいて「研修等を受講していたか」という項目がありますが、ここで研修を受講していた事実が分かったとしても、⑥施設の職員のカテゴリにおける「理解・実践していたか」の項目で理解・実践できていなかったことが分かれば、研修を通じて睡眠チェックの方法は理解していたが、事故当日は他のこどもの対応に追われ、亡くなったこどもを代わりに注視できる余裕のある体制も考慮されていなかったなど、なぜ研修の受講が内実を伴わなかったか、その背景を掘り下げる必要があります。

3 実効性の高い具体的な再発防止策を検討

分析の結果明らかにしたリスク要因に対する再発防止策を検討し、施設や行政への提言につなげます。例えば、「職員間の情報共有を徹底する」という抽象的なものではなく、「平時から、ヒヤリハット事案が起きた際にも、事故に至らなかったからとそのままにせず、職員間でリスク要因や事故を防止できたポイント等を記録に残すなどして共有する」などとして、その具体的な方法についても提示することが求められます。

5.2.1 こども・保護者

表 4 こどもの状態について情報収集・分析すること①(最低限確認すべきこと)

検証項目		対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況
		①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関	
1. こどもの成育歴	① 正期産・早期産・過期産のいずれか	★ 入所時・通所時の確認事項に係る記録ないし職員の認識	◎ 母子手帳等の記録ないし保護者の認識	○ 保健部署(母子保健担当、保健師等)の記録	△ 警察等の捜査情報	<input type="checkbox"/>
	② 出生時の身長・体重					<input type="checkbox"/>
	③ 何らかの先天異常の有無					<input type="checkbox"/>
	④ アレルギーや疾患等の既往					<input type="checkbox"/>
	⑤ 乳幼児検診の受診歴					<input type="checkbox"/>
	⑥ 予防接種歴					<input type="checkbox"/>
	⑦ 母乳も与えていたか、完全人工乳哺育であったか					<input type="checkbox"/>
	⑧ 家庭での離乳の状況					<input type="checkbox"/>
	⑨ 健康状態					<input type="checkbox"/>
2. 施設の利用状況	① 施設の利用経緯	★ 事故当日の記録ないし職員の認識	△ 警察等から得た記録がある場合	-		<input type="checkbox"/>
	② 入所時期・保育時間					<input type="checkbox"/>
3. これまでのこどもの睡眠時の状況	① 既に寝返りはうてていたか					<input type="checkbox"/>
	② うつぶせ寝から戻ることはできていたか					<input type="checkbox"/>
	③ うつぶせ寝の時、頭を持ち上げたり、横を向いたりできていたか					<input type="checkbox"/>
4. こどもの様子の確認状況	① 最後に生存が確認されたのはいつか					<input type="checkbox"/>
	② こどもの状態を確認しようとしたのはなぜか					<input type="checkbox"/>
	③ どのように生存が確認されたか					<input type="checkbox"/>
5. 事故発生時の状況	① 最後に寝かせた際の姿勢・顔・首の向き、また、それはこどものいつもの姿勢かどうか					<input type="checkbox"/>
	② 最後に生存を確認した際の姿勢・顔・首の向き、また、それはこどものいつもの姿勢かどうか	<input type="checkbox"/>				
	③ こどもの異変を見つけた際の姿勢・顔・首の向き、また、それはこどものいつもの姿勢かどうか	<input type="checkbox"/>				
	④ 誰かこどもと一緒に寝ていたか	<input type="checkbox"/>				
	⑤ どこかにはまり込んでいたか	<input type="checkbox"/>				
	⑥ うつぶせ寝になっていたか	<input type="checkbox"/>				
	⑦ 当日の昼食内容	<input type="checkbox"/>				
6. 発見時こどもはどのような状態であったか	① こどもの異変を見つけたのはいつか	<input type="checkbox"/>				
	② 息をしていたか、また、息をしていない場合、息が止まるのを目撃したか	<input type="checkbox"/>				
7. 蘇生はどのように行われたか	① 救急隊員以外の人物が蘇生を行おうとしたか	<input type="checkbox"/>				
	② 蘇生の一環として何が行われたか	<input type="checkbox"/>				
8. 死因	① 救急搬送時の記録	-			★ 消防の記録・医療機関の記録・警察等の捜査情報	<input type="checkbox"/>
	② 死亡時のカルテ					<input type="checkbox"/>
	③ 解剖所見					<input type="checkbox"/>

表 5 こどもの状態について情報収集・分析すること②(可能であれば確認してほしいこと)

検証項目		対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況			
		①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関				
1.こどもの成育歴	①成長曲線はどうなっているか	◎	★	○	△	<input type="checkbox"/>			
	②単胎か多胎か、また、多胎の場合、一卵性か否か	入所時・通所時の確認事項に係る記録ないし職員の見識	母子手帳等の記録ないし保護者の認識	保健部署(母子保健担当、保健師等)の記録	警察等の捜査情報				
	③第何子か(ジェノグラム、エコマップ(関係者相関図)を作成)								
	④出産時に何らかの合併症があったか(例:帝王切開であった、酸素投与を要した)								
	⑤前回、前々回に医療機関にかかった際の日付や受診理由、行われた治療等								
⑥死亡前72時間以内に発熱等の症状があったか	★					◎	-	<input type="checkbox"/>	
⑦死亡前72時間以内に損傷を負ったりしていたか	通所時の確認事項に係る記録ないし職員の見識	保護者の認識	-	<input type="checkbox"/>					
⑧死亡前72時間以内にワクチン接種や治療を受けていたか									
⑨死亡前72時間以内にこどもの睡眠リズムが乱れるようなイベントがあったか(ドライブ、外食、外泊、パーティー、来客など)									
⑩死亡の24時間前までに新しい食品を食べたか									
⑪死亡の24時間前までに何かいつもと違うことがあったか									
⑫死亡前の24時間以内の食事や飲料									
⑬最後に哺乳、食事をとったのはいつか					★	△	<input type="checkbox"/>		
⑭最後に食事を与えた人物は誰か、また、その人物とこどもとの関係はどのようなものか					事故当日の記録ないし職員の見識	警察等から得た記録がある場合			<input type="checkbox"/>
⑮最後に寝かされたのはいつか									
⑯寝かされる際に哺乳瓶は一緒に置かれたか、また、その際、哺乳瓶は何かで支えていたか									
⑰哺乳瓶の中の液体量はどのくらいであったか									

※印刷時はA3サイズに拡大していただくと使いやすいです。

表 6 保護者の状態について情報収集・分析すること

検証項目		対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況
		①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関	
1. 母親の健康状態	①妊婦健診を初めて受診したのはいつか	-	○ 保護者の認識	◎ 保健部署(母子保健担当、保健師等)の記録	○ 警察等の捜査情報	<input type="checkbox"/>
	②妊娠期間中や周産期に医療ケアを受けていたか					<input type="checkbox"/>
	③妊娠中に何らかの損傷を負った既往はあるか					<input type="checkbox"/>
	④こどもの妊娠中に母親は薬、たばこ、アルコール等を摂取していたか					<input type="checkbox"/>
2. 家族歴	①最近、保護者は、薬、たばこ、アルコール等を摂取していたか	-				<input type="checkbox"/>
	②こどもの死亡に影響した可能性のある何らかの要因、状況、懸念される環境等はあるか(周囲の喫煙者の存在等)					<input type="checkbox"/>
	③突然死した親戚はいるか(特に心臓性突然死)					<input type="checkbox"/>
3. こどもの突然死の経験	①保護者は、以前、予期せぬこどもの死亡を経験しているか					<input type="checkbox"/>
	②保護者は、これまでこどもが睡眠中に突然死する危険を感じたことがあるか					<input type="checkbox"/>
4. 日常の施設とのやりとり	①通所時に何を職員に伝え、何を職員から確認していたか	◎ 通所時の確認事項の記録ないし職員の認識				<input type="checkbox"/>
5. 要配慮家庭かどうか	②市町村や児童相談所、要保護児童対策地域協議会(要対協)への登録等の有無	△ 要対協等からの情報がある場合	-	★ 市町村等の記録		<input type="checkbox"/>

5.2.2 施設の管理状況

表7 施設の管理状況について情報収集・分析すること

検証項目		対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況
		①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関	
1.適切な労働環境・職員配置	①施設の開所時間	★ 運営記録ないし職員の認識	-	-	◎ 警察等の捜査情報	<input type="checkbox"/>
	②何人の子どもが現場にいて、何人の職員が子どもの見守りを行っていたか					<input type="checkbox"/>
	③職員は休憩時間をとれていたか(午睡時の見守り等を休憩にあてていなかったか)					<input type="checkbox"/>
2.職員間の情報共有	①日頃から安全な保育や事故発生時の緊急対応(通報から蘇生対応までの一連のプロセス)について職員に伝達・確認していたか					<input type="checkbox"/>
	②日頃から安全な保育や事故発生時の緊急対応(通報から蘇生対応までの一連のプロセス)について職員に実地の想定訓練等を実施していたか					<input type="checkbox"/>
	③安全な保育や事故発生時の緊急対応について職員間で確認し合う仕組み・雰囲気作りができていたか					<input type="checkbox"/>
	④ヒヤリハット案件が起きた際に、職員間で共有していたか					<input type="checkbox"/>
3.保護者への情報公開	①具体的な保育の内容は公開されていたか					<input type="checkbox"/>
	②日々の職員の勤務体制は公開されていたか					<input type="checkbox"/>
4.評価	①自己評価や第三者評価を実施しているか					<input type="checkbox"/>

5.2.3 施設のソフトウェア

表 8 施設のソフトウェアについて情報収集・分析すること

検証項目	対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況				
	①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関					
1.マニュアル等の整備状況	★ 運営記録ないし職員 の認識	-	-	◎ 警察等の捜査情報	<input type="checkbox"/>				
2.マニュアル等の浸透状況					①一人一人の発達段階や特性に応じた、安全な保育や緊急対応に係るマニュアル等(事故防止、睡眠チェック、救命対応等)を備えていたか	<input type="checkbox"/>			
					①マニュアル等(事故防止、睡眠チェック、救命対応等)の回覧による周知をしていたか	<input type="checkbox"/>			
					②マニュアル等(事故防止、睡眠チェック、救命対応等)の内容の説明をしていたか	<input type="checkbox"/>			
					③マニュアル等(事故防止、睡眠チェック、救命対応等)で実施すべきとなっていることについて、職員間で役割分担し、実効性を持たせていたか	<input type="checkbox"/>			
3.研修等の受講					④マニュアル等(事故防止、睡眠チェック、救命対応等)のとおりに行われているか、定期的に確認していたか	<input type="checkbox"/>			
					①こどもの睡眠中の事故を引き起こす要因等について、研修等を受講していたか	<input type="checkbox"/>			
					②事故発生時の救命対応等について、研修等を受講していたか	<input type="checkbox"/>			
								③研修等について、全職員が受講していたか、一部の限られた範囲の職員のみが受講していたか	<input type="checkbox"/>

5.2.4 施設のハードウェア

表9 施設のハードウェアについて情報収集・分析すること

検証項目		対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況
		①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関	
1.睡眠中の衣服、布団等の状況	①子どもは何を着ていたか(きつい服を着ていたり布でくるまれたりしていたか)	★ 運営記録ないし職員の認識	-	-	◎ 警察等の捜査情報	<input type="checkbox"/>
	②使用していた布団はへこみやすいか					<input type="checkbox"/>
	③掛布団・毛布で息がしづらくならなかったか					<input type="checkbox"/>
	④隣の布団や壁・用具との間に落ち込んでしまうような隙間はなかったか					<input type="checkbox"/>
	⑤子どもの顔、鼻、口の近くにあったものは何か					<input type="checkbox"/>
	⑥子どもの手の届く範囲にあったものは何か					<input type="checkbox"/>
	⑦睡眠中の部屋で動作していた機器は何か					<input type="checkbox"/>
2.AEDの設置	①職員はAEDの使い方を理解していたか					<input type="checkbox"/>
	②設置しているAEDが実際に使用できるか定期的に確認していたか					<input type="checkbox"/>
3.カメラ、モニターの設置	①設置しているカメラ、モニターが何時間投影可能か確認していたか					<input type="checkbox"/>
	②カメラ、モニターが撮影した内容を定期的に確認していたか					<input type="checkbox"/>

5.2.5 施設的环境

表10 施設的环境について情報収集・分析すること

検証項目		対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況
		①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関	
1. 部屋の見通し	①寝かせた場所の見通し(散らかっていた、人数超過状態であったといったことがなく、観察者の目が届く状況であったか)	★ 運営記録ないし職員の認識	-	-	◎ 警察等の捜査情報	<input type="checkbox"/>
	②最後に生存を確認した場所(散らかっていた、人数超過状態であったといったことがなく、観察者の目が届く状況であったか)					<input type="checkbox"/>
	③こどもの異変を見つけた場所(散らかっていた、人数超過状態であったといったことがなく、観察者の目が届く状況であったか)					<input type="checkbox"/>
2. 部屋の状況	①寝かせる場所の明るさ					<input type="checkbox"/>
	②室温とその確認方法					<input type="checkbox"/>
	③使われていた冷暖房器具					<input type="checkbox"/>
	④飲水源の状況	<input type="checkbox"/>				
3. 事故を誘発した特別な事情・状況	⑤カビが生えている、臭いがすることなどがあったか	<input type="checkbox"/>				
	①背景要因として、事故を取り巻く状況で、職員のヒューマンエラーやこどもの特別な行動を誘発したと思われる特別な事情や状況がないか	<input type="checkbox"/>				

5.2.6 施設の職員

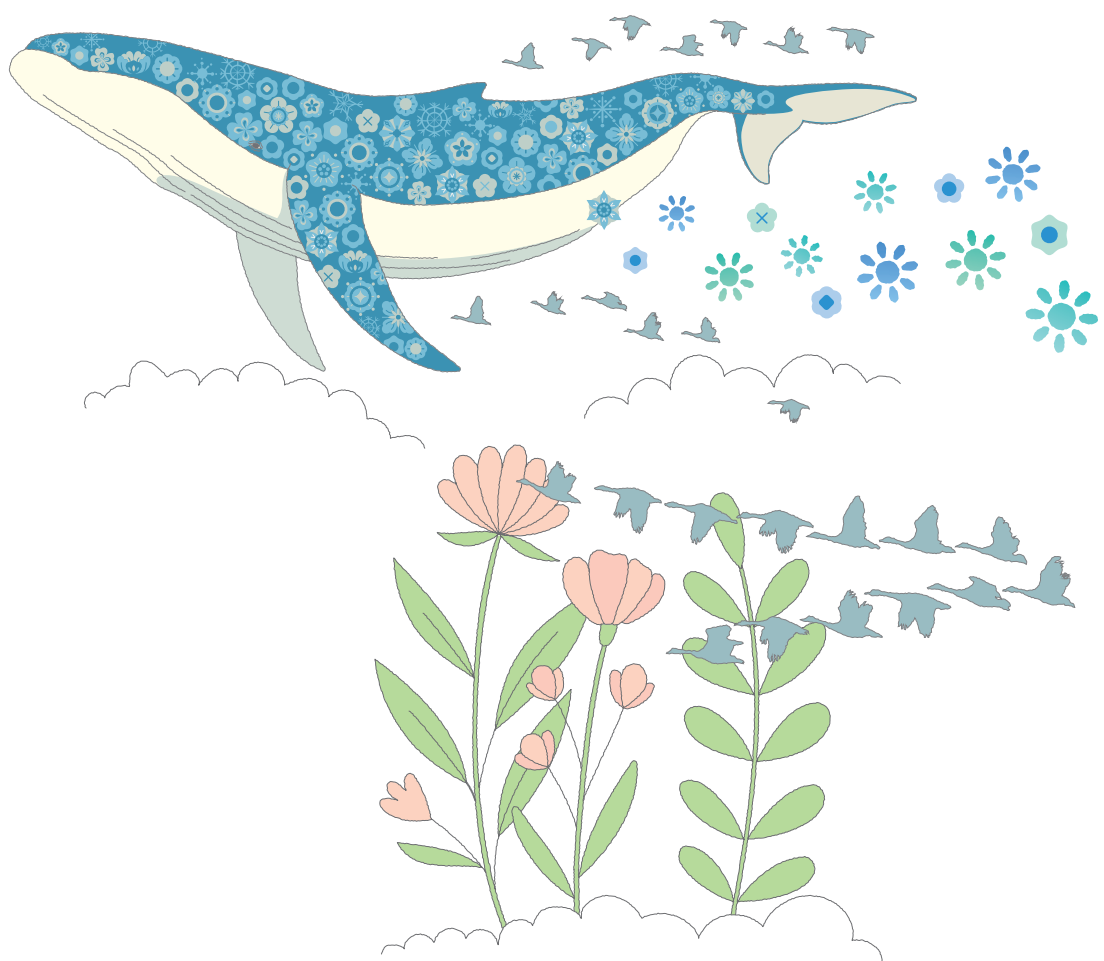
表11 施設の職員について情報収集・分析すること

検証項目		対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況
		①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関	
1.保護者や職員間の情報共有	①入所前～日頃から、こどもの状態について、体調把握表や連絡帳等の使用を通じて共有していたか	★ 運営記録ないし職員 の認識	-	-	◎ 警察等の捜査情報	<input type="checkbox"/>
	2.研修参加等を通じた事故予防策の理解					①こどもの睡眠中の事故を引き起こす要因等について理解・実践していたか
②事故発生時に必要な対応について理解・実践していたか						<input type="checkbox"/>
3.入所後間もないこどもの負担軽減	①慣らし保育をしないしは短時間保育としていたか					<input type="checkbox"/>
	②なるべく特定の保育士が保育を行っていたか					<input type="checkbox"/>
4.睡眠チェック	①こどもの状態に応じて午睡時間に幅を持たせていたか					<input type="checkbox"/>
	②うつぶせ寝にしないように留意していたか					<input type="checkbox"/>
	③5-10分に1回は直接触れて呼吸確認していたか					<input type="checkbox"/>
	④担当者を明確にし、確実に睡眠チェック表を記入していたか					<input type="checkbox"/>
5.事故発生直後の対応	①こどもの異常を発見して速やかに119番通報し、蘇生対応していたか					<input type="checkbox"/>
	②事故発生時、現場を保全し、写真撮影するなどして記録を作成していたか	<input type="checkbox"/>				

5.2.7 自治体

表12 自治体について情報収集・分析すること

検証項目		対象(★→◎→○→△の順に取得の優先順位が高い)				入手状況
		①施設	②保護者	③自治体内	④その他機関	
1.施設への支援	①マニュアル等(事故防止、睡眠チェック、救命対応等)を示していたか	-	-	★ 保育部署及び指導 監査部署の記録	-	<input type="checkbox"/>
	②乳幼児突然死症候群(SIDS)の予防や心肺蘇生法等について、施設 類型を問わず全ての施設の職員に研修の機会等を提供していたか					<input type="checkbox"/>
2.指導監督・巡回指導の状況	①実務経験のある者が対応していたか					<input type="checkbox"/>
	②改善事項及びその対応状況はどうであったか					<input type="checkbox"/>
3.保護者への周知啓発	①施設概要や指導監督状況は周知されていたか					<input type="checkbox"/>
	②過去の事故情報は周知されていたか					<input type="checkbox"/>
	③こどもの安全確保策は周知されていたか				<input type="checkbox"/>	
4.保護者のケア	①事故後に相談窓口の案内等実施していたか				<input type="checkbox"/>	



6 報告書の作成

検証通知にあるとおり、事務局が検証結果を踏まえた報告書の素案を作成し、検証委員会においてとりまとめます。報告書は、遺族にとっては、こどもが亡くなった経緯や背景にあった課題について知ることができ、事故が発生した施設や管轄していた行政にとっては、保育のプロセス、システム上の課題について認識する端緒になるものです。全ての施設、またそれらを所管する行政にとっては、二度と同じような事故を繰り返さないよう参考にするための手がかりになるものです。

①読み手にとってわかりやすく、正確な情報収集ができること、また、②全国的に複数の事故のデータを収集・分析することができることを目指し、報告書の構成例や活用方法等についてお示しします。

6.1 報告書の構成例

読み手にスムーズな流れで理解していただけるよう、①収集した事実関係を時系列で整理した上で、②当該事実に基づいて、対応が適切であったかどうかの検証の過程を示し、③検証から導かれた再発防止策を記載する、という流れがわかりやすいでしょう。なお、専門用語など、あまり一般になじみのない文言については、注釈を入れるなどの配慮が求められます。

また、大局的な観点では、複数の事故について、ある程度統一的な様式に沿って報告書が構成されることで、共通のデータが収集できるようになり、全国的な再発防止に向けた分析が可能になることが期待できます。管内施設における再発防止はもちろんのこと、こどもの最善の利益は地域に関係なく実現されるべきものであるため、このような観点も念頭において報告書を執筆することが望まれます。

表 13 報告書の構成例

	大項目(章)	中項目(節)	補足
1	はじめに	-	<ul style="list-style-type: none">● 検証委員会委員長による巻頭言● 用語の取扱いや略語等に関する参考情報(※)● 要旨 などから必要事項を記載 ※例えば、運輸安全委員会の事故検証報告書では、事実認定の程度を表すために以下の用語解説が示されています。必要に応じて取り入れてください。 <ul style="list-style-type: none">① 断定できる場合 ・・・「認められる」② 断定できないが、ほぼ間違いのない場合 ・・・「推定される」③ 可能性が高い場合 ・・・「考えられる」④ 可能性がある場合 ・・・「可能性が考えられる」 ・・・「可能性があると考えられる」

大項目(章)	中項目(節)	補足
2	1 検証の目的 2 検証の方法 ・ 検証委員会について(委員構成等) ・ 検証の実施スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> ● 検証の目的は、原因究明、事故の再発防止であり、責任追及ではないことを説明
3	1 事故の概要 2 施設の概要 ・ 施設類型 ・ 開設年月日 ・ 開所時間 ・ 定員 ・ 在籍園児数 ・ 職員数 ・ 職員配置状況 ・ 保育室面積 等 3 事故当日の経過 ・ 事故発生前後の状況を時系列で整理 4 こども・保護者に関する情報 5 施設の管理に関する情報 6 施設のソフトウェアに関する情報 7 施設のハードウェアに関する情報 8 施設的环境に関する情報 (見取り図含む) 9 施設の職員に関する情報 10 施設を所管する自治体に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> ● 時系列を整理するためには、①施設による事故報告書、②立入調査結果、③関係者の口述等が情報源となり得るが、それぞれの主張が一致しない場合も想定されるため、同じ事柄について複数の媒体の記載事項をそれと明示せずにとまとめて記載するのではなく、必ず何に基づいて記載しているかを明示 ● 4～10は第5章第2節において示したチェックリストの記載事項を元に可能な限り記載
4	1 明らかとなった事実関係から導き出されるリスク要因 2 リスク要因への再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ● 「3. 事実関係」において明らかとなった事実関係に基づき、今回の事故におけるリスク要因を明らかにし、リスク要因への再発防止策を記載
5	1 施設への提言 ・ 各リスク要因に対する実施すべき内容 2 自治体への提言 ・ 各リスク要因に対する実施すべき内容 3 提言のフォローアップの必要性 (実現工程)	<ul style="list-style-type: none"> ● 「4. 分析」において提示した各リスク要因への再発防止策について、各機関が実施すべき内容を簡潔かつ具体的に記載 (例：自治体は、乳幼児突然死症候群(SIDS)の予防や心肺蘇生法等について、施設類型を問わず全ての管内施設の職員に研修の機会等を提供する) ※主体(Who)ではなく、リスク要因(What)によって小項目を立ててもよいが、その場合も主体を明確にすること ● 可能な限り、提言のフォローアップを実施すべき旨について記載 ※この時点では具体的な時期の目途等は記載できないとしても、提言をフォローアップすべき点まで報告書に明示しておくことが望まれる
参考資料	-	<ul style="list-style-type: none"> ● 検証委員会設置要綱 ● 検証委員会委員名簿など

6.2 報告書の公表・非公表の検討

検証通知においては、「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。」とされています。

報告書は、事故の再発防止のために必要な公益性の高いものです。例えば、施設の職員に検証報告書の内容を周知し、ポイントを説明することは、職員のスキルアップや、事故の反省点を踏まえ、新たな視点により適切な保育実践を行えるきっかけになり得るでしょう。他方、遺族や施設職員の個人情報だけでなく、施設に関する情報なども、場合によっては報道等と照らし合わせることで個人を特定可能な情報になり得ます。また、個人情報保護された状態であるとしても、報告書について公に報道発表することで、事故発生当時のように関心を集め、「そっとしておいてほしい」と感じる遺族にとって負担になるおそれもあります。

報告書案がとりまとまった段階で、情報を提供いただいた関係者に事前に記載内容の確認を依頼することとし、その際に、公表のあり方について保護者の意向を確認することが求められます。その上で、①公表・非公表の別（個人情報のみならず、全体として非公開とする必要はないか）、②適切な公表方法（公表に当たり、HP上に掲載するのみとして、報道発表は差し控えるといった対応が必要か）について、検証委員会において事務局から説明しておく必要があります。

なお、仮に保護者の意向等により非公表とする場合も、後述する提言のフォローアップが適切に実施されるようにするなど、報告書の成果がこども、保護者に還元されるよう留意してください。

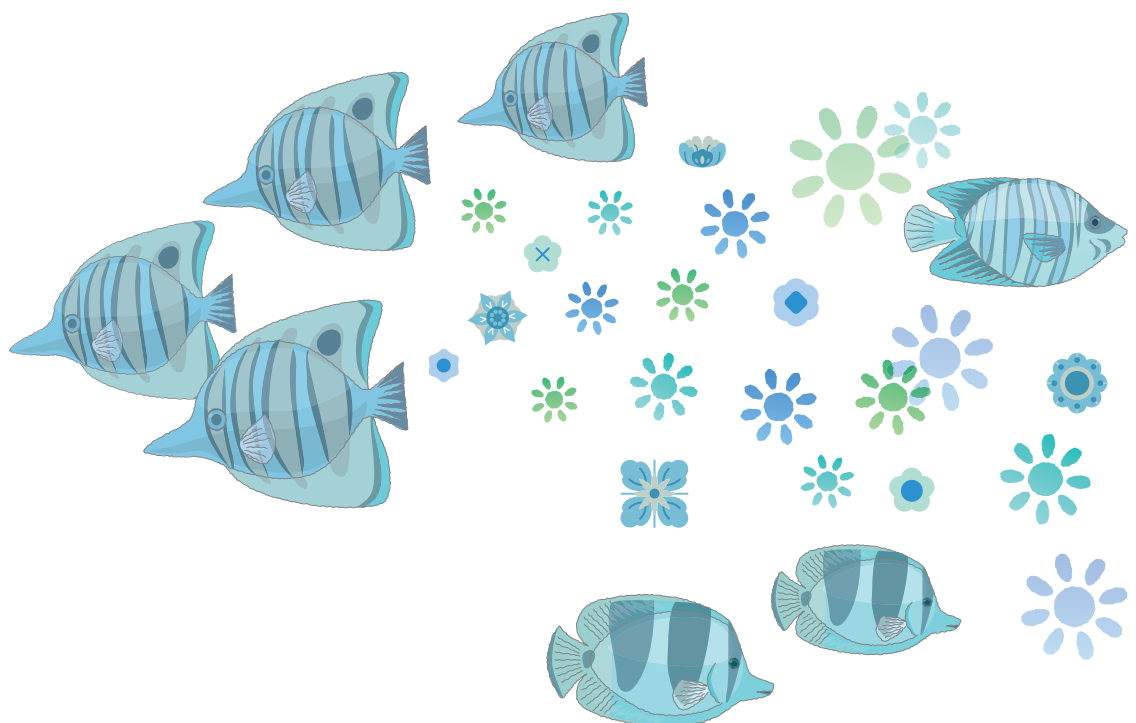


6.3 提言のフォローアップ

検証通知においては、「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。」「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。」とされており、提言のフォローアップが求められています。

事務局は、報告書の公表から1年後を目途に、提言された対策の実施状況について報告することが求められます。報告の対象として、検証委員会の他、①フォローアップの時点では検証委員会委員が設置要綱上の任期を満了しており、再度の任用手続が必要となる可能性があること、②検証委員会ではなく、児童福祉に関するより広範囲の議題を取り扱う組織において報告される方が、進捗が芳しくない場合の原因などについてより多種多様な観点での意見が見込まれることから、報告書を取りまとめた旨の報告、また、フォローアップ結果の報告を児童福祉審議会等において行うことも考えられます。

自治体においては短期間で担当者が異動することも考えられますが、報告書の作成に係る記録は、各自治体の文書管理規則に則って適切に保存し、提言内容を確実に引き継ぎ、後の重大事故防止対策に活かすようにしてください。検証のゴールは報告書を取りまとめることではありません。「こどもの最善の利益」を共通理解として、報告書に基づき再発防止策がきちんと講じられ、同じような事故が二度と起きないように関係者が協力し、子どもたちやその保護者が安全・安心に過ごせる社会を目指しましょう。



付録1 検証通知

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
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

殿

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 兒 教 育 課 長

(印影印刷)

厚 生 勞 働 省 雇 用 均 等 ・ 児 童 家 庭 局 総 務 課 長

(印影印刷)

厚 生 勞 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 勞 働 省 雇 用 均 等 ・ 児 童 家 庭 局 家 庭 福 祉 課 長

(印影印刷)

厚 生 勞 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、必要に応じて、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)

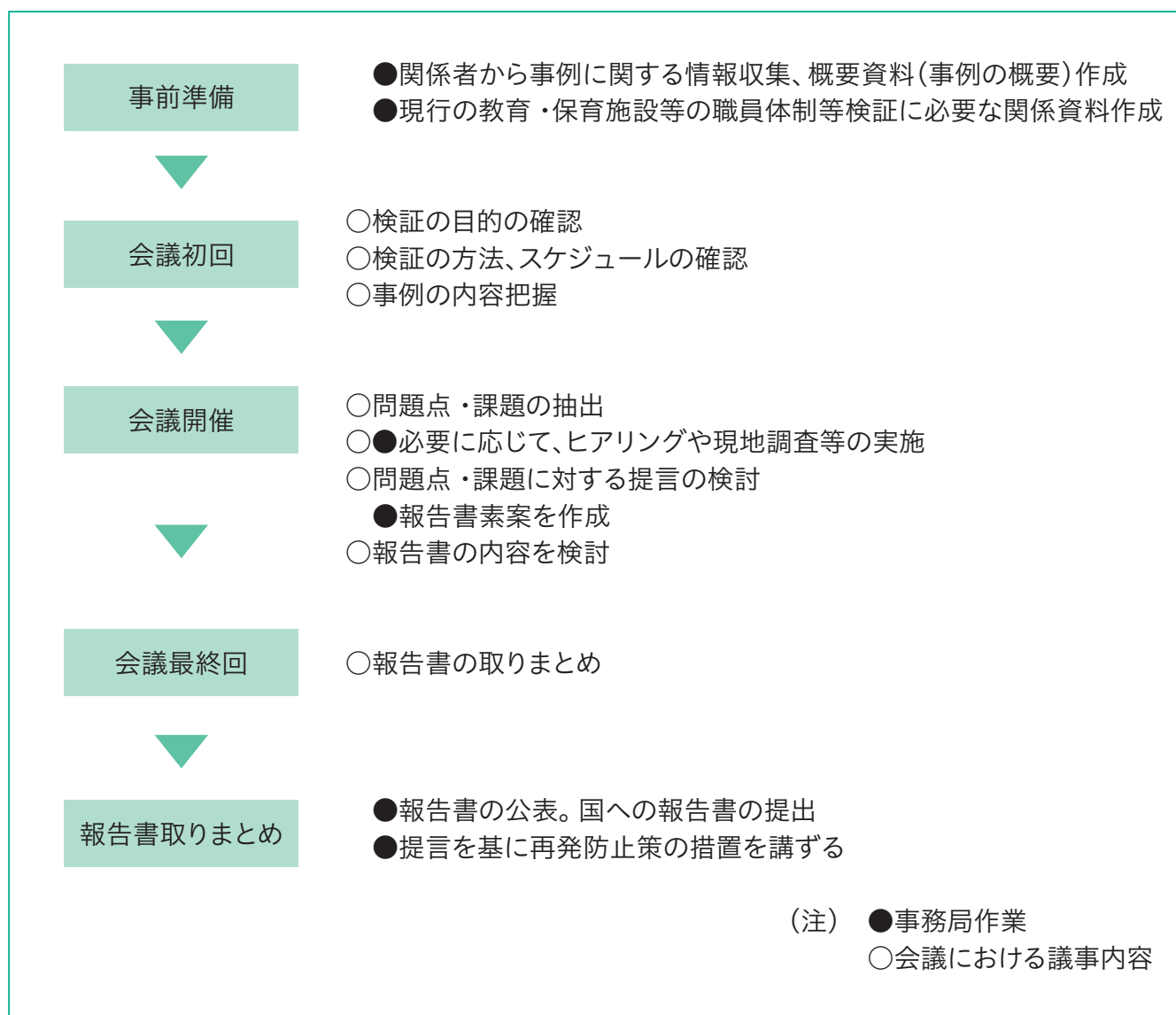
* なお、上記の表のうち、幼保連携型認定こども園及び保育所については、都道府県と市町村の双方が指導監査等を実施することになるが、この場合、都道府県と市町村は互いに連携して指導監査等を実施する。

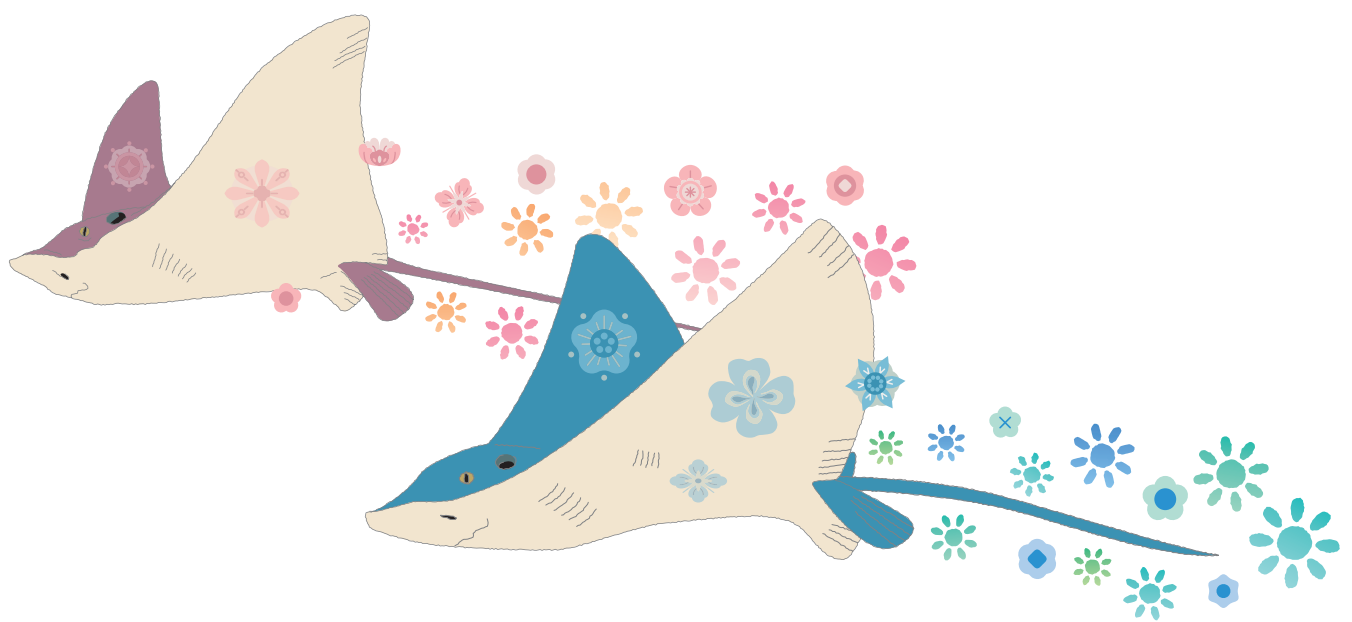
(2) 第2の1(1)の情報収集については、死亡事故等の重大事故の発生前までに実施した指導監査等の状況及び当該事故に係る指導監査等の結果を活用し、事実関係を整理する。

(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

検証は、下記の図のような流れで実施する。





付録2 検証委員会設置要綱の例

〇〇県教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会設置要綱

(目的)

第1条 〇〇県内(政令指定都市・中核市を除く)の認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業(以下、「認可外保育施設等」という。【※市町村の場合所管施設について記載】)におけるこ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こ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、〇〇県教育・保育施設等における重大事故の再発防止のため検証委員会(以下、「委員会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- 1 〇〇県から報告を受けた 認可外保育施設等における死亡事故等の重大事故について事実関係を明確にし、問題点や課題の抽出を行うこと。
- 2 前項に定める重大事故の問題点や課題を踏まえ、実行可能性を勘案しつつ、再発防止のための提言をまとめ、〇〇県に報告すること。
- 3 その他委員会が必要と認めること。

(委員)

第3条 委員会の委員は教育・保育分野等に知見のある有識者〇名をもって構成する。

- 2 委員の構成は、別表のとおりとする。ただし、検証に必要ながあると委員会が認める場合は、専門家等の臨時委員を置くことができる。
- 3 委員の任期は〇年とし、欠員を生じた場合の補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。ただし、再任を妨げない。

(委員会)

第4条 委員会に、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。
- 5 委員長の任期は、委員としての任期と同じとする。

(委員会の公開)

第5条 委員会は、非公開とする。

(関係者の意見聴取)

第6条 委員会は必要に応じ、事案に関係のある者の意見及び説明を聴取する。

(秘密の保持)

第7条 委員は、正当な理由なくその職務に関して知ることのでき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。

(事務局)

第8条 委員会に関する庶務は、〇〇県〇〇局〇〇部〇〇課が行う。

(補則)

第9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、〇年〇月〇日から施行する。

別表

分野	人数	備考
教育・保育分野	〇名	
学識経験者	〇名	
保健・医療分野	〇名	
法律分野	〇名	
栄養分野	〇名	誤嚥等の場合

【謝辞】

本「検証報告書作成の手引き－教育・保育施設等における乳児等の睡眠中の突然死－」は、内閣府令和4年度子ども・子育て支援調査研究事業「教育・保育施設等における『乳児等の睡眠中の突然死』に係る検証報告についての調査研究」の一環として作成されました。

インタビューを通じて作成にご協力いただいた、過去に検証報告書作成に携わられた自治体のご担当者様、また、作成に当たりご助言をいただきました検討委員会委員の皆様へ深く感謝申し上げます。

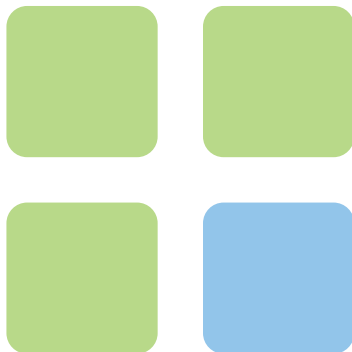
日々、安全・安心な保育の実現に向けて尽力される施設職員の方、行政担当者の方々に心から敬意を表します。事故が発生しないことが何よりも求められますが、仮に起きてしまった時に、本手引きが自治体のご担当者様にとって少しでもお役に立てること、ひいては、未来のこどもたちの命を守ることに繋がることができれば幸いです。

表 14 委員会委員(五十音順、敬称略)

氏名	所属
小谷 泰一	三重大学大学院医学系研究科基礎医学系講座法医学分野 教授
関川 芳孝	大阪公立大学大学院現代システム科学研究科 教授
寺嶋 仁子	川崎市こども未来局総務部監査担当 担当課長
中川 佳治	あおば法律事務所 弁護士
山中 龍宏	緑園こどもクリニック 院長 NPO法人Safe Kids Japan 理事長

※インタビューにご協力いただいた自治体のご担当者様は匿名としています。





令和4年度 子ども・子育て支援調査研究事業
教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」
検証報告書作成の手引き

発行日：令和5年3月
編集・発行：PwCコンサルティング合同会社