

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
事業報告書

令和5年3月

PwC コンサルティング合同会社

要旨

1. 事業目的

地方自治体は、教育・保育施設等において死亡事故等の重大事故が発生した場合、国に検証報告書を提出することとなっている。しかし、重大事故のうち特に「乳児等の睡眠中の突然死」の検証報告書に不明点が多いと有識者から指摘されている。このため、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「検証報告書作成の手引き」を作成することで、地方自治体による効果的・効率的な検証を促すとともに、当該検証結果に基づき再発防止策が講じられ、子どもやその保護者が安全・安心な保育を受けられる社会が構築されることを目的として実施した。

2. 調査方法

「検証報告書作成の手引き」作成に必要な情報を収集するため、①「乳児等の睡眠中の突然死」に係る地方自治体による検証報告書や、他の事故検証制度における検証報告書等の文献調査、②「乳児等の睡眠中の突然死」に係る検証を実施した地方自治体へのインタビュー調査を実施した。

3. 調査内容及び結果

文献調査においては、まず、①他の事故検証において既に活用されている、過去の検証報告書を横断整理するに当たり有効な観点（m-SHELL）を明らかにした上で、これを「乳児等の睡眠中の突然死」に係る地方自治体による検証報告書を横断整理するための観点（FmSHELL）へと発展させ、当該観点に基づき過去の検証報告書における提言内容（再発防止策）を分類・整理し、「乳児等の睡眠中の突然死」の検証に必要な項目を導き出した。また、②検証報告書の記載内容が法定されている他の事故検証を参照し、過去の「乳児等の睡眠中の突然死」に係る地方自治体による検証報告書にみられる事実関係や提言等の記載方法のばらつきを統一化するための記載方法を整理した。さらに、③他の事故検証における検証の手引きの構成を参照し、本事業において作成する「検証報告書作成の手引き」をわかりやすく構成するための参考とした。

インタビュー調査においては、①検証委員会の設置及び委員の選定方法、②遺族など関係者と接する際に配慮していたこと、③検証から提言に至るまでに留意していた観点、④検証報告書作成後、提言に基づきフォローアップに取り組まれていることなど、過去の検証報告書からは読み取れない情報を中心に聴取し、内容を整理した。

4. 事業の成果及び今後に向けた示唆

調査結果に基づき、検証委員会の設置から提言のフォローアップに至るまで、検証に当たり必要な情報について、チェックリスト等を用いてわかりやすく示す「検証報告書作成の手引き」を作成できた。今後、①本手引きに基づき、効果的・効率的な検証が実施され、再発防止策が講じられること、②地方自治体職員や施設職員等が平時から留意すべきポイントとして本手引きを参照すること、③全国の検証結果から統一化されたデータを収集・分析すること、④これらを通じて子どもやその保護者が安全・安心な保育を受けられる社会が構築されることが期待される。

他方、今後に向けた中長期的な示唆として、①遺族に配布するリーフレットの作成、②事故発生直後の対応に係る通知の発出、③「乳児等の睡眠中の突然死」の専門家に相談できる体制の整備、④今後のデータ分析に向けたシステム開発、⑤警察等の関係機関との連携の必要性が挙げられる。

目次

要旨	i
1 事業概要	1
1.1 事業の背景・目的	1
1.2 事業の実施概要	1
1.2.1 文献調査	1
1.2.2 インタビュー調査	1
1.2.3 手引きの作成	2
1.3 事業の実施体制	2
2 文献調査	4
2.1 文献調査実施概要	4
2.1.1 調査の目的	4
2.1.2 調査対象・調査方法	4
2.1.3 調査内容	5
2.2 文献調査結果及び分析	6
2.2.1 検証報告書の横断整理	6
2.2.2 検証報告書の構成の検討	8
2.2.3 手引きの構成の検討	11
3 インタビュー調査	13
3.1 インタビュー調査実施概要	13
3.1.1 調査の目的	13
3.1.2 調査対象・調査方法	13
3.1.3 調査内容	13
3.2 インタビュー調査結果及び分析	13
4 手引きの作成	19
4.1 手引き作成の目的	19
4.2 手引きの作成方針	19

4.3	手引きの概要.....	20
5	本事業の成果と今後に向けた示唆.....	21
5.1	本事業の成果.....	21
5.1.1	手引きの作成.....	21
5.1.2	施設職員や保護者も含めた対象者が平時から参照できること	21
5.2	今後に向けた示唆	22
5.2.1	遺族に配布するリーフレットの作成.....	22
5.2.2	事故発生直後の対応に係る通知の発出	22
5.2.3	「乳児等の睡眠中の突然死」の専門家に相談できる体制の整備.....	23
5.2.4	今後のデータ分析に向けたシステム開発.....	23
5.2.5	警察等の関係機関との連携の必要性.....	23
付録1	「乳児等の睡眠中の突然死」に係る検証報告書の提言整理表	25
付録2	インタビュー要旨	35

1 事業概要

1.1 事業の背景・目的

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。）において、こどもの死亡事故等の重大事故が発生した場合の対応について、「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」という。）において、地方自治体（以下「自治体」という。）は、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、国に検証報告書を提出することとなっている。

「教育・保育施設等における重大事故防止を考える有識者会議」からは、特に「乳児等の睡眠中の突然死」について、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困難なこともあり、検証報告書の内容に不明点が多いと指摘されている。このため、各自治体から提出された教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」の検証報告書の内容等について分析を行い、より適切な検証が可能となる検証項目・内容の精度・留意点を整理した「検証報告書作成の手引き」を作成することで、自治体による効果的・効率的な検証を促し、ひいては再発防止策が講じられ、こどもやその保護者が安全・安心な保育を受けられる社会が構築されることを目的として実施した。

1.2 事業の実施概要

1.2.1 文献調査

「乳児等の睡眠中の突然死」に係る自治体による検証報告書や、他の事故検証制度における検証報告書等を参照し、検証の進め方や観点を分析するため、文献調査を実施した。

表1 文献調査の概要

調査対象	「乳児等の睡眠中の突然死」に係る自治体による検証報告書や他の事故検証制度における検証報告書や検証の手引き 10分野 32件
実施方法	デスクトップリサーチ
実施時期	令和4年8月～令和4年10月
調査内容	<ul style="list-style-type: none">自治体による検証報告書や、他の事故検証制度における報告書についてはその検証の観点や提言内容を調査他の事故検証制度における検証の手引きについてはその構成や見せ方を調査

1.2.2 インタビュー調査

自治体による過去の検証報告書には記載されていない、検証委員会立上げまでの経緯などを聴取し、文献調査を補完するため、インタビュー調査を実施した。

表 2 インタビュー調査の概要

調査対象	「乳児等の睡眠中の突然死」に係る検証報告書を公表した5自治体
実施方法	訪問調査
実施時期	令和4年9月～令和4年11月
調査内容	①検証委員会の運営、②関係者とのコミュニケーション、③検証に必要な情報や観点、④検証報告書（公表方針、提言のまとめ・フォローアップ）

1.2.3 手引きの作成

教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」の自治体による効果的・効率的な検証を促すため、文献調査及びインタビュー調査により収集した情報を元に、望ましい検証の進め方や検証項目・内容等を示す検証報告書作成の手引き（以下「手引き」という。）を作成した。

1.3 事業の実施体制

調査の設計・分析、手引きの作成等について専門的立場から指導・助言を得るため、有識者からなる事業検討委員会を設置した。事業検討委員会の委員及び開催状況は表3から表6のとおり。

表 3 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

表 4 委員会オブザーバー（順不同、敬称略）

氏名	所属
齊藤 克也	内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）付 企画官代理
山下 文一	内閣府子ども・子育て本部上席政策調査員 高知学園短期大学幼児保育学科 教授

氏名	所属
宮本 里香	内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）付 参事官補佐
馬場耕一郎	内閣府子ども・子育て本部参事官（認定こども園担当）付 教育・保育専門官
菅野 雅亨	内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）付
一山 裕美	内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）付

表 5 委員会事務局

氏名	所属
東海林 崇	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 ディレクター
古屋 智子	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 シニアマネージャー
工藤 晴樹	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 シニアアソシエイト
中村 舞	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 シニアアソシエイト
清水 式子	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部

表 6 委員会開催状況

開催回	内容
第 1 回 2022 年 8 月 8 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業概要の説明 ・ 文献調査の設計 ・ インタビュー調査の設計
第 2 回 2022 年 10 月 28 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 文献調査結果報告 ・ インタビュー調査進捗報告 ・ 手引きの設計
第 3 回 2022 年 12 月 19 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ インタビュー調査結果報告 ・ 手引き草稿の一部の確認 ・ 事業報告書の設計
第 4 回 2023 年 1 月 30 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手引き草稿の確認 ・ 事業報告書草稿の確認
第 5 回 2023 年 2 月 13 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手引きの精査 ・ 事業報告書の精査

2 文献調査

2.1 文献調査実施概要

2.1.1 調査の目的

「乳児等の睡眠中の突然死」に係る自治体による検証報告書や、他の事故検証制度における検証報告書等を参照し、検証の進め方や観点を分析することで、手引きにおいて示すべき検証項目・内容を検討するため、文献調査を実施した。

2.1.2 調査対象・調査方法

手引きにおいて示すべき検証項目・内容を検討するに当たり、①過去の検証を分析するタテ（時間軸）の視点から、教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」に係る過去の自治体による検証報告書を、また、②他の事故類型に係る検証を分析するヨコ（分野横断）の視点から、他の事故検証制度における検証報告書ないし検証の手引きを文献調査の対象として、表7のとおり選定した。

表7のうち、①の観点で選定したのは、2及び3の保育関係の検証報告書等、②の観点で選定したのは、1の教育、4の消費者及び5～7の運輸、8及び9の児童虐待、10の医療関係の検証報告書及び検証の手引きである。以上、計10分野、32件の検証報告書等について、令和4年8月～令和4年10月にかけてデスクトップリサーチを実施した。

なお、消費者安全調査委員会及び運輸安全委員会の報告書は、記載項目が統一化（法定¹）されており、過去に遡っても検証の進め方にほぼ相違はないと考えられるため、分析に当たっては公表済の最新の報告書3件を対象とすることで足りると判断した。

表7 文献調査対象一覧

	名称	所管	概要	調査時点の参照先 ²
1	「学校事故対応に関する指針」に基づく詳細調査報告書の横断整理	文部科学省	文部科学省に提出された学校事故に係る調査報告書を横断的に整理したもの	公表済の報告書1件 https://anzenkyouiku.mext.go.jp/mextshiryoudata/jikoshishinseiri.pdf
2	特定教育・保育施設等における事故情報データベース	内閣府・文部科学省・厚生労働省	国に報告された教育・保育施設等における事故情報についてデータベース化したもの	公表済の平成27～令和2年度の「乳児等の睡眠中の突然死」に係る情報 https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/data/index.html

¹ 消費者安全法（平成21年法律第50号）第31条、運輸安全委員会設置法（昭和48年法律第113号）第25条

² 2及び3の参照先については、令和5年4月1日以降のこども家庭庁設置によりURLの変更が見込まれる。

	名称	所管	概要	調査時点の参照先 ²
3	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報告書	自治体	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に係る自治体の検証報告	公表済の「乳児等の睡眠中の突然死」に係る検証報告書 15 件 https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kyouiku_houku/jigo_kensho/houku.html
4	消費者の生命又は身体被害に関わる消費者事故等に係る報告書等	消費者安全調査委員会	消費者の生命・身体被害に関わる消費者事故等に係る調査報告等	公表済の報告書のうち最新の各 3 件（後掲の表 11 参照）
5	勧告・意見・安全勧告（航空）	運輸安全委員会	航空・鉄道・船舶に関する事故調査報告書等	
6	勧告・意見（鉄道）			
7	勧告・意見・安全勧告（船舶）			
8	子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 18 次報告）	児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会	児童虐待による死亡事例等に係る専門委員会による検証結果等	公表済の報告書 1 件 https://www.mhlw.go.jp/content/1190000/0/02.pdf
9	子ども虐待重大事例検証の手引き	平成 29 年度厚生労働科学研究(研究代表者 奥山真紀子)	重大な児童虐待の事例検証を実施する自治体向けの手引き	公表済の手引き 1 件 https://storage.googleapis.com/seiiku-kyoten-map/1/2022/06/kenshotebiki2017.pdf
10	研修ワークブック 院内調査のすすめ 方 2020 版	公益社団法人日本医師会	医療事故調査制度における院内調査を実施する医療機関向けの手引き	公表済の手引き 1 件 https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/anzen_siin/2020workbook.pdf

2.1.3 調査内容

本事業における手引きの作成に活かすため、自治体による検証報告書や、他の事故検証制度における報告書については、その検証の観点や提言内容を調査した。他の事故検証制度における検証の手引きについては、その構成や見せ方を調査した。

2.2 文献調査結果及び分析

本節では文献調査の結果を述べる。手引き作成という事業目的に照らし合わせ、「検証報告書の内容の横断整理」「検証報告書の構成の検討」「手引きの構成の検討」という3段階の手順で調査対象文献から得られた情報を整理した。

2.2.1 検証報告書の横断整理

① 学校事故における検証報告書の横断整理の観点「m-SHELL」モデルの参照

教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」に係る自治体による検証報告書は、様式が統一化されていない。このため、これら进行分析するに当たり、各検証報告書を横断的に整理するための統一的な観点が必要と考えた。この点、既に「『学校事故対応に関する指針』に基づく詳細調査報告書の横断整理」（以下「学校事故に関する横断整理」という。）が実施されていたため、当該整理の観点を参考とすることとした。

学校事故に関する横断整理においては、事故の発生要因を分析する方法である「m-SHELL」モデルを採用していた。これは、「management（管理）」「Software（ソフトウェア）」「Hardware（ハードウェア）」「Environment（環境）」「Liveware（当事者と当事者以外）」の頭文字を取っており、事故が発生した際に、これらの要素を分析し、事故発生要因を検証する考え方である。これを学校事故に当てはめ、報告書の記載内容を体系的に整理しており、検証報告書の整理に当たって有効な観点の1つであると考えた。

② m-SHELL モデルを保育事故に援用できるか検討

自治体は、教育・保育施設等における事故が発生した場合、外部の有識者による検証とは別に、事故報告を国に提出し、当該情報がデータベース化されることとなっている。当該データベースにおいては、①ソフト面（マニュアル、研修、職員配置等）、②ハード面（施設、設備等）、③環境面（教育・保育の状況等）、④人的面（担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士、保育従事者、職員の状況）の4つの観点で事故の要因分析がなされていた。

ただし、検証通知においては「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。」とされているが、データベース上における事故の要因分析では「突然死であり事故とは認識していない」といった報告も見られ、分析に至っていない項目もあった。

以上のことから、教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」が発生した自治体も、先述の m-SHELL モデルにおける「Software（ソフトウェア）」「Hardware（ハードウェア）」「Environment（環境）」「Liveware（当事者と当事者以外）」の観点をもって検証に当たっていると考えられるため、これらの要素を「management（管理）」する視点も加えた m-SHELL モデルを援用し、データベース上の要因分析よりも詳細な分析が実施された検証報告書を横断的に整理することは有効と判断した。

なお、学校事故に関する横断整理においては、m-SHELL のうち Liveware の要素について、当事者本人（当該事故で被害児童生徒を直接指導していた教員やスタッフなど）及び当事者の周囲（被害児童生徒及びその家族、被害児童生徒以外の児童生徒）で分類していた。他方、保育事故の関係者としては、①こども・保護者、②教育・保育施設等の二者に限らず、③保育について支援・指導を実施する自治体という三者が想定される。

この点、m-SHELL モデルの考案者が、主に人間や機械などで構成される産業システムにおいて広く利用されてきた m-SHELL モデルを医療システムにおいて用いることを検討しており、その際、患者の要素が大変大きいと考えられるとして、「Patient（患者）」の要素を加えた「PmSHELL」モデル³を提唱していた。この患者を加えた三者構造という視点を参考にすると、教育・保育施設等における事故においては、「こども・保護者」の要素が大変大きいと考えた。このため、「乳児等の睡眠中の突然死」に係る検証報告書の整理の観点としては、m-SHELL のうち Liveware の要素を教育・保育施設等及び自治体で区分した上で、「Family（こども・保護者）」の視点を加えた FmSHELL モデルに発展させ、これに基づき整理することとした。

表 8 過去の自治体による検証報告書を横断整理する観点

分類	内容
Family	こども・保護者
management	管理
Software	ソフトウェア
Hardware	ハードウェア
Environment	環境
Liveware	教育・保育施設等
Liveware	自治体

③ 自治体による検証報告書の提言内容を FmSHELL の観点で分類・整理

教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」に係る自治体による検証報告書について、各自治体の検証報告書の様式は統一されていないため、項立てにはばらつきがあるが、基本的な記載内容としては、事故の事実関係を整理した上で、リスク要因を特定し、リスク要因に対する再発防止策を提言する内容になっていた。

このため、自治体が教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」を検証する際には、過去に提言された事故の再発防止策について、日ごろから実施されていたか、実施されていなかったのであれば何が課題であったか、という観点で分析することが有効であり、この観点を手引きで示すために過去の提言内容の整理が必要と考えた。

³河野龍太郎「医療におけるヒューマンエラー 第2版: なぜ間違える どう防ぐ」(医学書院) 参照

各検証報告書の提言内容は、文言は異なるが、同じ意味内容を示すものも多くあったため、先述の FmSHELL の観点に基づき提言内容を分類・整理した上で、手引きに落とし込む際には同じ意味内容を示すものを統合して簡潔に記載することとした（4「手引きの作成」参照）。分類・整理した提言の内容例は表 9 のとおり。整理結果の一覧は、付録 2 「『乳児等の睡眠中の突然死』に係る検証報告書の提言整理表」を参照されたい。

表 9 整理した提言の内容例

分類		内容例
Family	子ども・保護者	体調がよくない子どもに対して、身体の状態、機嫌、食欲などの日常の状態の観察を十分に行うとともに、こまめに検温を行うなど、体調の変化を注視
management	管理	午睡中の保育を担当する職員がその時間を休憩時間とせざるを得ないことのないよう、職員が確実に休憩時間を確保できるシフトを組む
Software	ソフトウェア	役割分担に応じた実践的な訓練を繰り返し行う
Hardware	ハードウェア	寝具は、薄く、子どもがうつぶせになった場合も容易に寝返りができる、沈み込まない硬さの布団を使用
Environment	環境	子どもの顔色が確認できる程度の明るさを保つ
Liveware	教育・保育施設等	午睡時には、定期的な呼吸確認を行い、見るだけでなく、ゆるやかな刺激覚醒（やさしく撫でるなど）を行う
Liveware	自治体	施設の運営及び保育の状況を把握するとともに、指導監督のほか、施設に対して迅速かつ丁寧に指導、助言、相談できる体制の構築

2.2.2 検証報告書の構成の検討

事業検討委員会において、委員より、現状、項立てにばらつきのある自治体による検証報告書について、検証に当たる自治体の参考になること、また、検証報告書のデータを集約・分析しやすくなることから、統一的な構成を示すことが望ましいという意見があった。

表 10 のとおり、既に検証通知において、報告書に盛り込むべき内容例が示されている。過去の自治体の検証報告書においては、検証の目的や方法、事例の概要等についての記載ぶりは概ね共通していたが、事実関係及びこれに基づく分析の記載方法等についてはばらつきがみられた。その背景として、①事実関係を整理するに当たり、自治体による立入調査結果や教育・保育施設等からの報告内容、保護者等への聴取結果といった複数の情報があり、場合によってそれらが食い違うことも考えられ、まとめることが困難であること、②「乳児等の睡眠中の突然死」に関する分析の観点が定まっていないことが考えられる。

この点、①の課題については、消費者安全調査委員会及び運輸安全委員会による報告書が、事故の規模や内容によって多少の相違はあるものの、一定程度記載項目が体系的に統一化（法定）されていることから、事実関係の整理方法の検討に当たって参考とすることとした。②の課題については、2.2.1 で整理した提言内容等に基づく分析の観点を手引きにおいて示すことで、自治体において一定程度観点の共通した分析を促すこととした。

先述のとおり、消費者安全調査委員会及び運輸安全委員会それぞれの分野において最新の報告書3件を参照することとした。参照した報告書は表 11 のとおり。また、これらの報告書に概ね共通する構成要素は表 12 のとおり。この内容から、事実関係の整理の方法としては、関係した主体ないしは事柄ごとに時系列に沿って事実をまとめ、関係者への聴取結果や記録内容等の情報源を明らかにすることが望ましいと考えた。

表 10 検証通知において示される報告書の構成例

項立て	
1	検証の目的
2	検証の方法
3	事例の概要
4	明らかとなった問題点や課題
5	問題点や課題に対する提案（提言）
6	今後の課題
7	会議開催経過
8	検証組織の委員名簿
9	参考資料

表 11 消費者安全調査委員会及び運輸安全委員会による報告書の参照対象

分野	件名	URL（令和4年9月1日時点）
消費者	1 ネオジム磁石製のマグネットセットによる子どもの誤飲事故	https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_021/assets/csic_cms101_220324_02.pdf
	2 水上設置遊具による溺水事故	https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_018/assets/report_018_200619_0002.pdf
	3 自動ドアによる事故	https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_017/assets/csic_cms101_210625_02.pdf
航空	1 東邦航空株式会社所属エアロスパシアル式 AS332L 型機（回転翼航空機）の事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/aircraft/rep-acci/AA2020-2-1-JA9672.pdf

分野	件名	URL (令和4年9月1日時点)
	2 群馬県防災航空隊所属ベル式412EP型機の事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/aircraft/rep-acci/AA2020-1-2-JA200G.pdf
	3 エクセル航空株式会社所属ユーロコプター式AS350B3型機の事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/aircraft/rep-acci/AA2020-1-1-JA350D.pdf
鉄道	1 株式会社横浜シーサイドライン新杉田駅において発生した鉄道人身障害事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/railway/rep-acci/RA2021-1-1.pdf
	2 南海電気鉄道株式会社南海本線の列車脱線事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/railway/rep-acci/RA2019-1-2.pdf
	3 軌間拡大による列車脱線事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/railway/rep-acci/RA2018-4-1.pdf
		http://www.mlit.go.jp/jtsb/railway/rep-acci/RA2018-1-6.pdf
		http://www.mlit.go.jp/jtsb/railway/rep-acci/RA2018-1-2.pdf
		http://www.mlit.go.jp/jtsb/railway/rep-acci/RA2017-9-2.pdf
運輸	1 貨物船 OCEAN ARTEMIS 潜水艦 そうりゅう衝突事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/ship/rep-acci/2022/MA2022-8-1_2021tk0001.pdf
	2 旅客船第十二あんえい号乗揚事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/ship/rep-acci/2022/MA2022-6-56_2021nh0036.pdf
	3 貨物船 WAKASHIO 乗揚事故	http://www.mlit.go.jp/jtsb/ship/rep-acci/2022/keika20220630-0_2020tk0010.pdf

表 12 消費者安全調査委員会及び運輸安全委員会による報告書の主な構成要素

	項立て	主な内容
1	巻頭言	・調査目的は、原因究明、事故防止、被害軽減であり、責任追及ではない旨を記載
2	参考	・本報告書本文中に用いる分析の結果を表す用語の取扱いを記載
3	要旨	・本文概要を記載
4	事故調査の経過	・事故概要、調査体制、調査の実施経過 等
5	事実情報	・主に事故に関係する人・団体、物品・機器、環境、規制等の項目に分けて時系列で整理（情報源を明記）
6	原因の分析	・整理した事実に基づき、事故原因を分析
7	再発防止策	・分析した事故原因に対する再発防止策を記載
8	意見・勧告	・再発防止策を講じるために関係機関に求められる対応を記載

また、項目について法定されているわけではないが、国の設置する審議会において検討され、児童福祉分野という観点で類似する「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 18 次報告）」も参照したところ、検証に当たっては、事例の関係機関ごとに、①事実、②問題点、③対応策を整理しており、消費者安全調査委員会及び運輸安全委員会による報告書における主な検証の流れと相違なく、消費者や運輸分野に限られた運用ではないことを確認した。

2.2.3 手引きの構成の検討

① 手引き全体の構成の検討

「子ども虐待重大事例検証の手引き」については、本事業において作成する手引き自体の構成の参考とするため参照した。構成は表 13 のとおり。検証委員会の設置方法や情報収集に当たっての留意点、検証の進め方、提言のまとめ方・フォローアップに至るまで、手引きとして必要な要素が盛り込まれていると考え、本事業における手引きもこの構成に倣うこととした。

ただし、子ども虐待重大事例検証においては、例えば、検証の対象について、「虐待による死亡事例（心中を含む）全てを検証の対象とすることが望ましい」と、奨励はするが必須ではないこととなっているが、保育事故検証においては、死亡事故の検証を事例ごとに行うこととなっている。このため、「検証対象の選定」など、保育事故検証においては必要ではない項目は除外することとした。

表 13 子ども虐待重大事例検証の手引きの構成

	項立て	主な内容
1	手引きの目的、経緯	• 自治体による検証がより有効なものとなること 等
2	検証の目的	• こどもの死やこどもが受けた心身の痛みを無駄にせず、それを防ぐ手立てに繋げること 等
3	検証委員会	• 検証組織 • 検証委員の構成 等
4	検証対象	• 検証対象の選定方針
5	検証対象の把握	• 死亡事例の把握方法
6	情報の収集	• かならず入手を試みる必要がある情報 • できるだけアクセスすべき情報 • 異動時の引継ぎと責任の所在に係る情報の必要性 等
7	児童相談所等での検証	• 都道府県以外の機関における検証の勧め 等
8	検証委員会の進め方	• 資料作成 • 検証委員会の開催 • 報告書の作成 等
9	検証の進め方（検証の方向性）	• 死亡・重篤事態に至った経緯の整理 • 死亡・重篤事態を防げた可能性の検討

	項立て	主な内容
		<ul style="list-style-type: none"> • 死亡・重篤事態を防げなかった要因の検討 • 今後の対応策に関する検討 等
10	提言の作成	<ul style="list-style-type: none"> • 提言のあり方
11	報告書の作成及び公開	<ul style="list-style-type: none"> • 活用されるための報告書作成の工夫 • プライバシーとの兼ね合い 等
12	提言された対策についてのフォローアップ	<ul style="list-style-type: none"> • フォローアップの必要性
13	新たな事実が出てきた時などの再検証	<ul style="list-style-type: none"> • 新たな事実が出てきた時などの再検証の必要性
14	チェックリスト集	<ul style="list-style-type: none"> • 必要な情報の整理表
15	付録	<ul style="list-style-type: none"> • 事例の性質による検証のポイント • 検証会議に必要な情報とその入手 等

② 手引きにおけるチェックリストの見せ方の検討

事業検討委員会において、委員より、手引きの見せ方について、検証に当たる自治体にとってわかりやすくなるよう、検証に必要な項目・内容をチェックリスト形式で示すことが望ましいという意見があった。この点、「院内調査のすすめ方」の研修ワークブックは、検証に必要な項目・内容がチェックリスト形式で示されていることから、手引きの見せ方の検討に当たって参考とすることとした。

また、遺族対応の手順なども示されており、これは保育事故検証においても共通すると考えたため、手引きにおいて遺族対応について記載する際の参考とすることとした。

表 14 「院内調査のすすめ方」における遺族への聴き取り調査手順概要

1	基本的姿勢を確認する
2	聴き取り対象者を決定する
3	聴き取り実施者・サポートする者を決定する
4	聴き取り内容を確認・選択する
5	実施前の確認を行う
6	聴き取り実施

3 インタビュー調査

3.1 インタビュー調査実施概要

3.1.1 調査の目的

自治体による過去の検証報告書には記載されていない、検証委員会立上げまでの経緯などを聴取し、文献調査を補完するため、インタビュー調査を実施した。

3.1.2 調査対象・調査方法

「乳児等の睡眠中の突然死」に係る検証報告書は、インタビュー調査実施時点（令和4年9月～令和4年11月）時点で15件公表されていた。公表した自治体のうち、検証通知の発出（平成28年3月31日）以降に発生した事故の検証を実施した10自治体にインタビュー調査を打診し、最終的に協力が得られた5自治体に対して訪問でインタビュー調査を実施した。

検証通知の発出以前に発生した事故に係る検証5件については、①検証経緯の相違（検証通知に基づく体系的なものではなく、後年出された遺族からの要望への応答を目的とするなど）や記録保存状況の相違（事故発生当時は検証通知に基づく検証を念頭に置いていないために必要な情報が保存されていない）等が考えられること、また、②事故発生から一定年数が経過しており、仮に当時を知る担当者本人に接触できたとしても、本人の記憶も曖昧になっている可能性があることから、インタビュー調査候補とはしないこととした。

インタビュー調査を打診した10自治体のうち、5自治体からは、①当時の担当者が異動しており検証の状況を確認できない、②当時の記録があまり残っていない、③現時点で発生している別の事故調査を優先したいという理由で協力が得られなかった。

インタビュー調査においては、①遺族等とのコミュニケーションについても質問しており、機微に触れる情報が含まれること、②匿名を希望する自治体があったことから、インタビューに協力いただいた5自治体は匿名とする。なお、5自治体のうち3自治体は、検証当時の担当者が同席した。

3.1.3 調査内容

主に①検証委員会の運営、②関係者とのコミュニケーション、③検証に必要な情報や観点、④検証報告書（公表方針、提言のまとめ方やフォローアップ状況）について調査した。

3.2 インタビュー調査結果及び分析

インタビュー調査の質問及びそれに対する主な回答、また事業検討委員会において回答から得た示唆は表15のとおり。各自治体へのインタビュー調査結果詳録は付録2「インタビュー要旨」を参照されたい。

表 15 主なインタビューの回答及び回答から得た知見

	質問	主な回答	回答から得た示唆
1	事務局	事故が発生した保育施設の所管課が担当	この点はいずれの自治体にも共通していた
2	検証委員会の設置	<p>①設置までの期間</p> <ul style="list-style-type: none"> • 事故発生から概ね2～4か月後に設置 <p>②検証委員会を常設とするか、事故発生時の設置とするか</p> <ul style="list-style-type: none"> • いずれの例もみられた • 常設の場合、機動性は高いが、各事案特性を踏まえた専門性を有する委員の確保は難しい • 事故発生時の設置の場合、事案ごとに専門の委員を確保しやすいが、機動性は低い <p>③児童福祉審議会の部会等として設置するか、他の審議会と別に設置するか</p> <ul style="list-style-type: none"> • いずれの例もみられた • 児童福祉審議会の部会等として設置する場合、平時から接触があるため連携が取りやすいが、各事案に特化した委員の専門性確保や他の審議会との調整が難しい • 他の審議会と別に設置する場合、事案ごとに専門の委員を確保しやすく他の審議会との調整も要しないが、新たに委員との関係構築が必要 <p>④都道府県からの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> • ある市で検証を実施する際、県より委員選任等の協力の申出があった 	<p>適当な設置時期は状況に応じて異なるが、検証通知のとおり、速やかに検証できるよう留意</p> <p>常設までは奨励しないが、平時から適当な委員の見当をつけ、リストアップしておく</p> <p>各自治体の運営上、検証が進めやすい方を選択すればよいが、先述のとおり平時から委員候補をリストアップしておき、関係性構築に努める</p> <p>都道府県は、市区町村が検証を実施する場合に、委員の紹介等必要な協力をする</p>
3	検証委員会の委員構成	学識経験者（教育・保育）、医療（医師）、法律（弁護士）、教育・保育団体関係者、栄養士により構成し、児童福祉審議会の委員、医師会からの推薦者等を選任	委員構成は検証通知に則っており、選任に当たって医師会や弁護士会等の推薦が有効

	質問	主な回答	回答から得た示唆
4	保護者とのコミュニケーション	<p>①保護者の心情</p> <ul style="list-style-type: none"> 保護者は、①検証を行って何のメリットがあるのかと否定的な場合、②こどもが何故亡くなったかを明らかにしたいために検証に積極的な場合があるが、比較的前者の方が多い。前者の場合、事務局から「再発防止のため」と伝え、納得を得ていた 保護者へのヒアリング等の対応について、検証の際に初めて保護者と顔合わせする立場で、グリーフケアの支援ができるか難しい面があるため、メンタルケアの専門家による対応や聞き方の具体的な配慮事項等についてガイドラインがあれば参考になるかもしれない <p>②聴き取り・資料提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 検証委員会委員から、保護者の喫煙状況や家庭環境、発熱時の受診歴等を聴き取る希望が出たが、検証に関わりたくないという保護者の心情に配慮し、ヒアリングや母子手帳等の提供依頼は行わなかった 保護者は警察や行政から同じ内容の聴取を受けるので、精神的・時間的負担の関係で二重三重の苦しみがある <p>③検証経過の報告</p> <ul style="list-style-type: none"> 保護者に検討結果を伝え、その公表方針について合意を取る 	<p>検証の趣旨が再発防止にあることを理解してもらうことが重要であり、グリーフケアに関する知見があることが望ましい</p> <p>検証通知では報告書は原則公開となっているが、保護者の意向確認をした上で最終決定が必要</p>
5	施設職員へのケア	<p>①検証の目的は個人の責任追及ではない旨を伝える</p> <p>事故発生時に対応した保育従事者が、事故発生後は、保護者に会うかもしれないという恐怖から一歩も家の外に出られないと言っていた。特に当該事例の場合は、原因不明であるため、責任追及が目的ではないことを伝えた</p> <p>②研修を通じた保育の技術向上支援</p> <p>事故発生当初は「辞めたい」という職員もいたが、職員からの声を受け実施した研修を通じ保育に前向きになった職員もいた（別途臨床心理士も派遣）</p>	<p>左記のポイントを念頭に施設職員のケアにあたることが望ましい</p>

	質問	主な回答	回答から得た示唆
6	<p>特に「乳児等の睡眠中の突然死」の検証に必要と考える情報</p> <p>★特に、手引きにおいて重視した情報</p>	<p>①こどもに関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> • 成育歴（母子手帳の内容、家庭での離乳の状況） • 健康状態（喘息やアレルギー等健康上気になること、予防接種状況） • 施設の利用経緯・状況（入所時期、保育時間） • うつぶせ寝になっていないかなど睡眠時の状態 • 事故当日の昼食内容 • 死因（死亡時のカルテ、救急搬送時の記録、解剖所見） <p>②保護者に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> • 既往歴 • 家庭での状況（喫煙等） • 日常の施設とのやりとり（登降園時に何を伝え、何を確認していたか） <p>③施設に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> • 人員体制 • 施設入所時のこどもに係る確認事項 • 給食・水分補給・午睡等の保育実施マニュアルの整備状況 • 危機対応マニュアルの整備・周知・訓練状況及び内容 • 救命救急講習の受講歴 • こどもの体調等の情報が保護者と施設で共有されていたか • 職員による呼吸確認や見守りの状況 • 当日の事故発生時までの状況 • 事故発生時の保育室の配置（こどもが死角になっていなかったか） • いつどのような異変に気が付き、どういう処置をしたか • 過去の立入調査における指摘事項や改善状況 <p>④行政の対応に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> • 施設に対する指導体制 • 慣らし保育等に係る行政のガイドライン 	<p>左記の観点に基づく検証が望ましい</p>

	質問	主な回答	回答から得た示唆
7	睡眠中の突然死に関する施設の理解の程度・労働環境等の確認状況	<ul style="list-style-type: none"> 職員配置基準を満たさないか、満たしていても睡眠時チェックに関する知識など「質」までは確保されていなかった 職員間で保育情報を共有する時間がなかったため、睡眠時チェック等の知識について、施設長及び保育士は理解していたが、保育補助者は知識及びスキルが乏しいまま保育に従事していた 睡眠時チェックは5分おきに対応していたが、5分間付きっ切りで子どもを見ているわけではなく、起きたこどもの対応など、作業をしながら横目で見ており、また、目視のみでこどもに触れて確認していなかった 	単に「やるべきことを実施していたか」ではなく、「やるべきことをどのように実施しており、実効性を持たせられていたか」といった観点での検証が望ましい
8	検証に際して役に立った情報・欲しかった情報	<ul style="list-style-type: none"> 施設関係者が証言する内容と、書類上の記録を照合するため、医療機関や消防の記録が得られたのはよかった 司法解剖を担当した医師から結果について話を聴くことができたので、保護者にも客観性、信憑性を感じてもらえた ①保護者等への精神的・時間的負担の削減、②精度の高い検証のため、警察から現場検証で得られた情報や司法解剖結果が欲しかった 	関係機関からの情報提供が必要であり、委員以外の専門家への意見照会などの手段が有効
9	構成を検討する上で参照した文献等	<ul style="list-style-type: none"> 国の通知、ガイドライン 過去の検証報告書 過去に検証を実施した複数の自治体に、①死因が不詳の状態でのように検証したか、②委員会の詳細（公開方針、設置時期）、③保護者との接触のタイミング、④警察とのコミュニケーションの取り方等を尋ねた 	左記のような検証報告書だけでは読み取れない検証の進め方を手引きで記載することが望ましい
10	検証報告書の公表・非公表の検討	<ul style="list-style-type: none"> 検証報告書はプライバシーに配慮しつつ保護者の了承が得られれば原則公表。記者発表を行わない場合も、再発防止のため、ホームページに掲載すること、管内全施設に共有することは保護者に伝えた 検証委員会委員長からは、「周知啓発の観点が重要」という意見もあったが、SNSが発展していることも考慮し、公表することによる遺族や施設関係者への二次被害のおそれもあると判断した 	検証報告書の公表方針は保護者の意向確認が必要

	質問	主な回答	回答から得た示唆
11	提言をまとめる上で留意したこと	<p>①得られた情報の範囲で検証</p> <ul style="list-style-type: none"> 警察から現場検証で得られた情報や司法解剖結果は得られなかったため、その他の関係者から得られた情報の中で検証した 小児科医の委員からは、「死因が窒息かそれ以外かは大きな問題」という意見もあったが、保護者の心情に配慮し得られた情報のみで検証を行い、再発防止に焦点を当てて進める方向で委員全員一致して進めた <p>②実現可能性の高いものを区別</p> <ul style="list-style-type: none"> 委員から色々な意見は出たが、実効性のある提言とすることで委員から理解を得て、実現可能性のあるものを中心にまとめ、制度改正など大がかりなものに係る委員からの意見は別枠でまとめることとした <p>③「やるべきことを実施するためにどうすればよいか」を具体化</p> <ul style="list-style-type: none"> 委員からは、「うつぶせ寝を仰向けにするのは大事だが、保育士が理解していても、実際には『こどもがよく寝るから』とうつぶせ寝にさせていることもあると思う。だからこそ、仰向けにすることを再発防止策に盛り込まないといけない」といった意見を得られた 呼吸チェック表はレ点でチェックしていたが、矢印で顔の向きを記載する様式を作成。記載者も、こどもの確認者とは別の人がレ点をつける場合もあったが、こどもの様子を確認した本人が記載するようにした 	<p>一義的な検証の目的は事故の再発防止にあり、得られた情報の中で保育のプロセスの検証を進めるべき点を委員全員で共有することが望ましい</p> <p>画餅ではなく実効性のある提言とすることが望ましい</p> <p>「やるべきことを大まかには理解しているが実効性が伴っていなかった」場合に、実効性を持たせるための具体的な取組レベルで提言することが望ましい</p>
12	提言の実現に向けた支援等	<ul style="list-style-type: none"> 提言を踏まえて取組強化・改善を実施（保育従事者の安定的な確保に向けた施設への補助、巡回指導の実施、独自の事故防止及び事故発生時マニュアルやリーフレットの作成・啓発など） 管内施設には、報告書を送付の上、施設長会議や研修で詳しく説明し、「二度と事故が起こらないよう再発防止策を徹底してほしい」と伝えた 提言から1年後、提言を受けた実施内容を委員会に報告。保護者も出席 	提言への対応状況はフォローアップし、結果を児童福祉審議会等に報告することが望ましい

4 手引きの作成

4.1 手引き作成の目的

教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」の自治体による効果的・効率的な検証を促すため、文献調査及びインタビュー調査により収集した情報を基に、望ましい検証の進め方や検証項目・内容等を示す検証報告書作成の手引きを作成した。

4.2 手引きの作成方針

手引きは、「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」と題し、教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」の検証に当たる可能性のあるすべての自治体を主な対象として作成した。

構成については、「子ども虐待重大事例検証の手引き」の構成を参考として、保育事故検証に必要な項目を選定した。内容については、文献調査及びインタビュー調査結果から得られた知見に加えて、事業検討委員会における委員の専門的知見からの意見も参考として整理した。手引きの範囲は、教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」であるが、すべての検証において共通する、検証委員会の設置から提言のフォローアップに至るまでの一連の過程を解説することとした。

特に重視したのは「分析の観点」である。過去の検証報告書の提言内容について、まず上述の FmSHELL の観点に基づき分類・整理した上で、類似の意味内容のもの同士で統合し、手引きにおいてなるべく簡潔な文言で表現できるよう記載を一般化した。その上で、過去の提言内容にはない観点であるが、事業検討委員会委員の専門的知見から必要と考えられる項目を追加することとした。他方、保育士配置基準の見直しなど、制度設計に関わる内容等は除外した。

こうして得られた検証項目・内容について、FmSHELL の要素（Family（こども・保護者）、management（管理）、Software（ソフトウェア）、Hardware（ハードウェア）、Environment（環境）、Liveware（教育・保育施設等と自治体））ごとに、チェックリスト形式でとりまとめた。なお、専門的な用語解説を入れるとわかりやすさが削がれるとの委員意見があり、手引きにおいては、FmSHELL の考え方に係る詳細な説明は記載しないこととした。

また、「乳児等の睡眠中の突然死」は、他の事故類型よりリスク要因を直感的にリスクとして認識しづらいと考える。例えば、誤嚥事故防止のためには食材の大きさや形などに留意すべきことは、日常生活上得られる知識の範囲で意識しやすい。他方、うつぶせに寝かせたときの方が SIDS の発生率が高いということは、一定の専門知識がないと直感的には判断しづらい。このため、「乳児等の睡眠中の突然死」は、他の事故類型より、知識をインプットする研修の有無等の影響を受けやすいと推察する。

過去の検証報告書においても、研修の有無等に関する提言が多くみられたことも踏まえ、「分析の観点」には、「研修等を受講した上で、こどもに異変が生じた際の心肺蘇生法等について理解し、日々の保育において実践していたか」など、「乳児等の睡眠中の突然死」に限らず他の事故類型においても共通するような内容もとりあげることとした。

4.3 手引きの概要

手引きの構成及び概要は表 16 のとおり。詳細は別冊の手引きを参照されたい。

表 16 手引きの構成及び概要

	大項目（章）	中項目（節）	概要
1	本手引きの趣旨	—	<ul style="list-style-type: none"> • 手引きの趣旨（効果的・効率的な検証の促進）を記載
2	検証の目的	—	<ul style="list-style-type: none"> • 検証の目的（事故の再発防止）を記載
3	検証委員会の設置	<ul style="list-style-type: none"> • 検証委員会の位置づけ • 検証委員会の委員 • 都道府県による市町村への支援 	<ul style="list-style-type: none"> • インタビュー調査結果を参考に、①検証委員会の設置方法等についてメリット・デメリットを整理し、②検証委員会委員の選任方法を解説 • インタビュー調査結果及び事業検討委員会委員意見を参考に、都道府県による市区町村への支援を奨励
4	情報の収集	<ul style="list-style-type: none"> • 検証に必要な情報を収集する手順 • 情報管理 	<ul style="list-style-type: none"> • 文献調査及びインタビュー調査結果、事業検討委員会委員意見を参考に、入手時の留意点（遺族対応等含む）、情報管理方法を解説
5	検証の進め方	<ul style="list-style-type: none"> • 事実関係の時系列での整理 • 分析に必要な情報（チェックリスト） • 分析の観点 	<ul style="list-style-type: none"> • 文献調査及びインタビュー調査結果、事業検討委員会委員意見を参考に、事実関係の時系列での整理方法や分析に必要な情報、その分析の観点を解説
6	報告書の作成	<ul style="list-style-type: none"> • 報告書の構成例 • 報告書の公表・非公表の検討 • 提言のフォローアップ 	<ul style="list-style-type: none"> • 文献調査結果を参考に、報告書の構成例を解説 • 文献調査及びインタビュー調査、事業検討委員会委員意見を参考に、フォローアップまで含む留意点を解説
7	付録	—	<ul style="list-style-type: none"> • 検証通知 • 検証委員会設置要綱例

5 本事業の成果と今後に向けた示唆

本事業は、各自治体から提出された教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」の検証報告書の内容等について分析を行い、より適切な検証が可能となる検証項目・内容の精度・留意点を整理した「検証報告書作成の手引き」を作成することで、自治体による効果的・効率的な検証を促すことを目的として実施した。

5.1 本事業の成果

5.1.1 手引きの作成

文献調査では、分野横断的に、計 10 分野、32 件の検証報告書等について参照し、本事業において作成する手引きにおいて示すべき検証の流れや検証項目・内容、また、手引き自体の構成などを検討するに当たり参考となる情報を収集することができた。

また、インタビュー調査では、検証から一定期間を経ており、担当者の異動がある中でも、計 5 自治体の協力が得られ、文献調査からは得られない検証委員会立上げまでの経緯などについて情報を収集し、文献調査を補完することができた。

その結果、検証委員会の設置から提言のフォローアップに至るまで、検証に当たり必要な情報について手引きにおいて示すことができた。特に分析の観点については、今回編み出した FmSHELL の考え方に則ってカテゴリ分けし、チェックリスト形式として読み手にとってわかりやすい構成で手引きを作成することができた。

今後、本手引きによって、一定の観点・様式が示され、教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」の検証が実施されることで、①事故という特異な状況に対応しなければならない自治体の職員が効率的に検証を実施し、再発防止策を講じられること、②同じ構成でまとめられた検証報告書を収集してデータ分析すること、③これらを通じて子どもやその保護者が安全・安心な保育を受けられる社会が構築されることが期待される。

5.1.2 施設職員や保護者も含めた対象者が平時から参照できること

手引きにおいて想定する主な読者は、教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」に関わる自治体の職員である。他方、手引きにおいては、上述のとおり、教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」に限らないすべての検証において参照可能な情報も盛り込まれている。また、手引きにおいて示される「実施すべきことが効果的に実施できていたか」という分析の観点は、裏を返せば、当該分析の観点にある項目は、保育のプロセスにおいて平時から留意すべきポイントであり、検証に至る前から参照しておくべきものである。

今後、本事業において作成した手引き、また、その中の検証のチェックリストについて、教育・保育施設等における「乳児等の睡眠中の突然死」以外の検証に関わる自治体職員や、施設の指導監査に当たる自治体職員、施設職員、保護者も含めて平時から参照いただき、安全・安心な保育に向けて役立てていただくことが期待される。

5.2 今後に向けた示唆

本事業は、まず足下で「乳児等の睡眠中の突然死」が発生した場合の検証の対応について示した。他方、本事業を通じて、検証以外の時点における留意点や、より中長期的な観点で検討が必要な示唆も得られた。

5.2.1 遺族に配布するリーフレットの作成

本事業において作成した手引きには、検証実施に当たって遺族に対する説明する際のポイントとして、①遺族との関係構築のため、連絡調整する自治体の担当者を事前に決めておくこと、②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」と後悔した保護者の事例を示すことなどを挙げている。

本事業においてはまずポイントという形で示したが、今後、こどもを亡くした遺族の心に寄り添いつつ、検証の意義を理解してもらうため、グリーフケアの専門家等も交えて、「乳児等の睡眠中の突然死」以外の事故類型も含めて共通するリーフレットの作成を検討することが考えられる。

5.2.2 事故発生直後の対応に係る通知の発出

本事業は、事故発生後の検証に係る手引きの作成を目的としていた。他方、事業検討委員会委員より、「毎年度、事故発生直後の対応に係る通知を、各自治体から教育・保育施設等に通知するべきである」という意見があった。

検証においては、事故発生直後に行われる緊急対応の内容も重要である。事故は頻繁に発生するものではないため、一定期間有事が起こらなければ、事故発生直後の留意点について記憶が薄れるおそれがある。他方、事故はいつでも起きる可能性があるものであり、毎年度、教育・保育施設等に通知することで、事故発生直後の対応について自治体に継続的に意識付けを行うことが期待できる。

本事業の範囲は、事故発生後の検証時点であるため、手引きには事故発生直後の対応例までは記載していないが、本報告書において通知の内容例を表 17 のとおり示す。

表 17 通知の内容例

「乳児等の睡眠中の突然死」は毎年発生している。突然のことで何をしたらよいかわからない場合が多い。事故が発生した場合、まずすべきことは以下のとおり。

- 救急隊への連絡（電話番号：XX-XXXX-XXXX）
- 救急処置をした後、現場はそのままにする。片付けてはならない！
- 現場の写真を撮る。現場のビデオを保存する。
- 担当者への連絡（24 時間、365 日 対応 電話：XX-XXXX-XXXX）

5.2.3 「乳児等の睡眠中の突然死」の専門家に相談できる体制の整備

上述のとおり、「乳児等の睡眠中の突然死」は頻繁に発生するものではなく、地域によっては相談できる専門家がいないということが考えられる。このため、国において数名の「乳児等の睡眠中の突然死」の専門家を配置しておき、自治体の担当者や、検証委員会から相談を受けることができるようにする体制について検討することが考えられる。

5.2.4 今後のデータ分析に向けたシステム開発

「本事業の成果」において、本事業において作成した手引きに基づき作成された検証報告書を収集してデータ分析することを挙げている。「乳児等の睡眠中の突然死」以外の事故類型も含めて、ある程度の量の検証報告書が集まってきた時に備えて、いずれは、検証報告書の情報に関するデータを入力して把握できるようなシステム開発を行うことを検討することが考えられる。

5.2.5 警察等の関係機関との連携の必要性

本事業において作成した手引きには、警察等の関係者・関係機関から情報を提供してもらう際のポイントとして、司法解剖を担当した法医学医師から話を聴くことなどを挙げている。ただし、特に警察等有する捜査中の情報については、検証実施に当たり有益な情報と考えるが、機密性が高く共有困難な場合が想定される。

例えば、消費者事故調査の場合、警察庁と消費者安全調査委員会との間で、「警察による犯罪捜査と調査委員会による事故等原因調査が、それぞれ円滑かつ的確に実施されるよう、互いに協力することを確認する」という覚書が交わされている⁴。このように、何らかのかたちで連携の根拠を担保した上で、各関係機関が、「こどもの最善の利益」という共通理解をもって連携できる仕組みを検討することが考えられる。こどもの視点に立って制度を設計していくことが望まれる。

⁴ 警察庁と消費者安全調査委員会との確認事項 ([URL:https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/member/pdf/20121116_npa_1.pdf](https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/member/pdf/20121116_npa_1.pdf)) (令和5年1月12日閲覧)

付録 1 「乳児等の睡眠中の突然死」に係る検証報告書の提言整理表

「乳児等の睡眠中の突然死」に係る検証報告書の提言整理表

※検証報告書の記載から適宜要約・集約している
 ※施策は提言当時の内容

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
Family 子ども・保護者	保護者、保育従事者	保護者、保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	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、共に協力し、適切な育児環境をつくる
Family 子ども・保護者	保護者	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	施設側から情報等を要求されない場合、保護者は情報の収集・記録を求め、保護者側も積極的に情報を提供する
Management 管理	保育施設等	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	緊急時への備え	緊急時の対応体制について、職員会等の機会を活用して、日ごろから確認しておく
Management 管理	保育施設等	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	緊急時への備え	リスクマネジメントに関わる会議を定期的に開催し、ヒヤリ・ハットの内容を振り返るなど、日頃から安全な保育の実施に努めるとともに、その内容をマニュアルに反映させるなど、職員間で共有できる体制を構築する
Management 管理	保育施設等	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	職員配置	配置基準はもとより、施設の業務内容や、職員の休憩、休暇、安全に保育運営が可能となるシフト体制などの労働環境に応じた十分な職員配置を行う
Management 管理	保育施設等	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	職員配置	指導監督基準に関わらず、施設開設中は、保育に従事する者を常時2人以上配置するよう努める
Management 管理	保育施設等	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	職員配置	保育従事者は常時複数配置するべきであり、乳児を保育している時は特に留意する
Management 管理	保育施設等	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	職員配置	保育従事者が落ち着いて、子どもの体調を確認できる体制を施設が確保する
Management 管理	保育施設等	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	労務管理	24時間開所している施設において、1人の保育従事者が長時間労働することがないようにする
Management 管理	保育施設等	保育従事者	睡眠中のリスクの軽減	職員配置	呼吸確認の重要性に鑑み、丁寧な呼吸確認を行うことができるように必要な人員を確保する
Management 管理	保育施設等	保育従事者	睡眠中のリスクの軽減	職員配置	午睡時の呼吸等の確認にあたり、子どもの体調等に異常が生じた場合においても早期に発見できるように、子どもが見渡せる位置に保育士を配置する。複数名で保育を行う、保育士間やクラス間の連携を緊密にするなど、午睡時の保育環境を整備する
Management 管理	保育施設等	保育従事者	睡眠中のリスクの軽減	職員配置	子どもが泣くことで周囲の子どもに与える影響を避けるため、個室を利用する場合は、職員（観察者）が個室に常駐し、子どもを隔離して一人にしない
Management 管理	保育施設等	保育従事者	睡眠中のリスクの軽減	労務管理	午睡中の保育を担当する職員がその時間を、職員の事実上の休憩時間とせざるを得ないことのないよう、職員が確実に休憩時間を確保できるシフトを組む
Management 管理	保育施設等	保育従事者	施設の運営	保育内容の把握	施設長の採用、任命、育成に責任を持つとともに、施設における保育の実践については、保育施設の現場任せにすることなく、責任を持ってその内容の把握に努める
Management 管理	保育施設等	保育従事者	施設の運営	職員へのフォロー	事業者と保育施設、保育施設の職員間の連携を図るために、必要に応じて適切な指導や助言、相談体制の整備を行う
Management 管理	保育施設等	保護者	施設の運営	保護者への情報提供	施設における具体的な保育方法や日々の勤務体制等について、常時、保護者が確認できるよう積極的な情報公開に努める
Management 管理	保育施設等	保護者	施設の運営	保護者への情報提供	利用者からの苦情を受け付ける担当職員の氏名・連絡先の書面交付だけでなく、施設内での掲示を行うなど、適切な保護者支援に努める
Management 管理	保育施設等	保育施設等	施設の運営	自己評価、第三者評価	自己評価や外部評価など保育を見直す機会を積極的に設ける
Management 管理	地方公共団体	保育施設等	施設の運営	自己評価、第三者評価	認可外保育施設においても第三者の視点の導入による運営の透明化や、事業者による保育の質の向上に向けた取組が促されるよう努め、第三者評価の導入を検討するなど、利用者が最適な選択をしやすい環境整備に努める
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	マニュアル整備	危機管理に関するマニュアルをより分かりやすく作成し、適宜改定を行う
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	マニュアル整備	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
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	マニュアル整備	マニュアルの内容について職員の意見を求め、現場が使いやすいマニュアル作りに努める
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	マニュアル整備	事故や災害対応などの緊急時のマニュアルは、子どもの年齢を考慮し、個々の発達段階や特性に応じたものを作成する

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	マニュアル整備	緊急時対応のフローチャートを活用するなど、緊急時に迅速な対応が行われるための手法を事業者ごとに検討し、職員への周知を図る
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	マニュアル整備	重大事故の発生時はもとより、事故発生後の対応を含むマニュアルを作成し、マニュアルを実効性があるものとするため、あらかじめ職種や職員数に応じた役割分担を決めておく
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	重大事故発生時に決められた役割を果たせるよう、役割分担に応じた実践的な訓練を繰り返し行う
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	マニュアルに基づき、有事の際に、迅速かつ的確な対応が可能となるよう、職員の研修・訓練の充実を図る
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	地方公共団体や保育団体等が実施する外部研修にも積極的に参加するとともに、地域の消防署等が実施する緊急時を想定した救急救命・心肺蘇生の講習への参加にも努める
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	保育従事者が、内部での研修はもとより外部研修にも積極的に参加できるよう、十分な職員配置を行い、救命処置を始めた緊急時の対応について、責任を持って研修及び訓練を行う
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	職員が研修を受けられるように代替職員を確保するなどの対応をとる
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	特に、認可外保育施設においては、職員が必要な研修を受講できるように配慮する
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	研修や訓練の機会を通じて、組織的な対応ができるよう備えておく
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	伝達(園内)研修の実施を促す
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	訓練後に訓練記録を作成し、職員会等で共有するとともに、施設内の安全点検を行う
Software ソフトウェア	保育施設等	保育従事者	睡眠中のリスクの軽減	研修・訓練	午睡中の死亡事故や預け始めの時期の事故が多いことを職員に周知徹底し、職員に呼吸確認の重要性を指導、教育する
Hardware ハードウェア	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	衣服	特に0歳児、1歳児の場合、仰向けで寝かせることが重要な点は言うまでもなく、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する
Hardware ハードウェア	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	布団のやわらかさ	寝返りが困難な乳児は、うつぶせ寝による窒息などの異常発生時に、自力で体勢を変えることが困難となる可能性もあるため、硬めの寝具を使用するなど、寝具の安全性にも配慮し、日頃の点検を怠らない
Hardware ハードウェア	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	布団のやわらかさ	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
Hardware ハードウェア	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	タオル等の配置	タオルやぬいぐるみ等は、子どもの口を塞ぎ、窒息の要因となる可能性があることから、午睡時に顔の周りには置かないよう徹底
Hardware ハードウェア	保育施設等	子ども	緊急時への備え	AED設置	施設内にAED(小児用)の設置
Hardware ハードウェア	保育施設等	子ども	緊急時への備え	カメラ設置	施設内に事故防止、事故後の検証及び防犯対策のためのカメラの設置
Hardware ハードウェア	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	カメラ設置	保育施設保育室等へのビデオカメラの設置を促進するために、補助制度の創設等、必要な支援策を講じる
Hardware ハードウェア	国、地方公共団体	子ども、保護者、保育施設等	緊急時への備え	カメラ設置	録画システムの整備に必要な財政措置及び録画システム運用に伴うプライバシー保護に向けたルール整備等必要な措置を講じる
Environment 環境	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	寝かせる場所の見通し	午睡する部屋は、物の落下等の危険性がなく、寝ている子どもの様子が常に確認できるよう、全体を見渡せる状態にしておく
Environment 環境	保育施設等	子ども	睡眠中のリスクの軽減	部屋の明るさ	児童の顔色が確認できる程度の明るさを保つ
Environment 環境	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	部屋の明るさ	顔の表情が確認できないほど室内を暗くしない
Environment 環境	保育施設等	子ども	睡眠中のリスクの軽減	温度・湿度	午睡する部屋は、温度・湿度を常に適切な状態を保持する
Environment 環境	保育施設等	保護者、地方公共団体	事故発生時の対応	現場の保全	意識不明や呼吸停止等の異常事態が発生し、子どもを搬送した場合には、必要がなくなるまで(吐瀉物等も含め)現状を維持しておく
Environment 環境	保育施設等	子ども、保護者	事故後の対応	記録作成	事故発生時の状況を、映像や写真、メモなどに可能な限り記録として残す
Environment 環境	地方公共団体	保護者	事故後の対応	記録作成	「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」にある「参考例3」にあるような記録用紙を用い、事故後、速やかに記録を作成する
Environment 環境	保育施設等	保護者、地方公共団体	事故発生時の対応	記録作成	発生時と搬送後の写真を撮っておく
Environment 環境	保育施設等	子ども、保護者	事故後の対応	記録作成	事業者が聞き取り調査を行った内容は保育従事者等の対象者に確認を取り、署名をもらうなど、客観的な記録の作成に努める

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども、保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	預かる子どもの出産の状況や生育歴、アレルギーや食事の状況、当日を含む数日間の健康状態や生活状況の把握
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども、保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	児童の健康状態や過去の病歴等を把握するため、入所する際に児童の健康状態等を書面により確認するとともに、その情報を保管しておく
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども、保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	子どもの状況が一変した場合にスムーズな対応ができるよう、朝の受入れ時の子どもの観察と保護者とのやりとりを大切に、登園後、子どもの様子にいつもと違う様子が見られた際は、保護者に連絡し情報交換をしておく
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども、保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	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る
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育施設等	子ども、保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	関係機関との情報共有	病児保育施設利用後の登園時には、保護者から子どもの健康状態を聞き取るほか、病児保育施設からも保育の状況などの情報を得る
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	入所前～入所後のリスクの軽減	子どもの観察	僅かな体調の変化に気づき、早期の対応を可能にするため、日頃の子どもの遊びや生活の様子をきめ細かに観察する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	入所前～入所後のリスクの軽減	子どもの観察	体調がよくない児童に対しては、体の状態、機嫌、食欲などの日常の状態の観察を十分に行うとともに、こまめに検温を行うなど、体調の変化を注視する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育施設等	保護者、保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	職員間の情報共有	保護者から取得したい情報や保護者に報告すべき情報は、確実に引き継ぐ体制やその仕組みを再構築するとともに、様々な場面をとらえて、クラス担当保育士と保護者が対面でコミュニケーションの図れる取組を強力に推進
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	職員間の情報共有	児童の性格や特徴、日々の健康状態の把握など、職員会議の実施や連絡帳を使用する等の方法により、職員間での情報共有を図る
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	保護者、保育従事者	睡眠中のリスクの軽減	職員間の情報共有	午睡に関しては、特に喫食状況や健康状態と同様に、保育士と保護者との間の情報共有を綿密にし、保護者から提供された情報は、保育従事者間においても十分に共有する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	体調不良児の対応	薬を飲んでいる児童を預かった場合は、最大限の注意を払い、午睡時は2歳児以上でも呼吸チェックを行う
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	保育従事者	緊急時への備え	マニュアル	マニュアル等が子どもの命を守るものと認識し、遵守する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	保育施設の研修・訓練や地方公共団体主催の研修に積極的に参加し、自己研鑽に努める
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	子ども、特に乳幼児を対象とした救命講習を受講する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	施設に常時いる保育者は、心肺蘇生等の救命救急の手技を必ずできるようにする
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	入所初期のリスクの軽減	リスクの認知	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
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	入所初期のリスクの軽減	特定の保育従事者による対応	入所後間もない児童はなるべく特定の保育士により保育を行うこととし、複数の保育士により保育を行う場合は、児童の性格や特徴等を十分に把握している者を配置するよう努める
Liveware 教育・保育施設等の職員	保護者、保育従事者	子ども	入所初期のリスクの軽減	慣らし保育	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る
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育施設等	子ども	入所初期のリスクの軽減	慣らし保育	乳児は、慣れない環境や、環境の変化がストレスの要因と言われており、特に保育初期においては、長時間の保育ではなく、徐々に保育の環境に慣れていくことが望ましいため、「慣らし保育」の実施は、保育初期の事故発生の危険性を軽減する効果があると考えられる
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育施設等	子ども	入所初期のリスクの軽減	慣らし保育	慣らし保育が実施できない場合は、子どもの安全確保の観点から、初めて預かる子どもの保育時間については、短時間にとどめる
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	午睡の長さ	乳幼児の午睡の時間は子どもの発達状況やその日の状況によって差があることから、午睡の時間を一律に決めず、幅を持たせる
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	呼吸確認	SIDS(乳幼児突然死症候群)が発生する可能性の高い0～1歳児は必ず呼吸チェックを行うこととし、2歳児以上は顔色の状態を確認するなど、きめ細かく観察する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	呼吸確認	午睡中は事故が起きやすいことを認識し、作業時間の確保を優先して、呼吸確認をおろそかにしない

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	呼吸確認	呼吸確認を担当する職員を明確にし、その役割を確実に果たす
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	呼吸確認	午睡時に呼吸状態や睡眠状態を点検する際、短時間で確実に呼吸状態を判断することは難しいことを認識し、丁寧に確認する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	呼吸確認	睡眠中の異常を迅速に発見できるよう、(最低でも0歳児と1歳児クラスの児は)5～10分に一度は一人ひとりの体に触れて、状態を把握できるようにする
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	呼吸確認	児童の午睡時には、定期的な呼吸確認を行い、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
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	呼吸確認	呼吸状態を把握しにくいときは直接子どもに触れて確認するなど、呼吸確認を確実に実施する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	呼吸確認	子どもの呼吸の状態を個別に確認できるように、呼吸確認のチェック表は子どもごとに記載する
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	うつぶせ寝	うつぶせ寝の危険性を認識し、医師等が仰向け寝以外を推奨する場合を除いては、仰向け寝を徹底
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	うつぶせ寝	乳児を仰向けで寝かせることは当然であるが、それ以上の年齢の児童についても、顔色の確認がしづらい体勢で寝ていた場合は、寝ている体勢を変える
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	うつぶせ寝	睡眠時はあおむけに寝かせ、頸部や胸部、腹部が過度に圧迫されないよう注意するとともに体温調節ができるよう配慮し、体位を定期的確認
Liveware 教育・保育施設等の職員	保育従事者	子ども	睡眠中のリスクの軽減	記録作成	全ての年齢区分において、就眠中の定期的観察を実施し、その記録を残すように取り組む
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者への情報提供	必要なときに必要な情報が簡易に入手できるための環境整備
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者への情報提供	保育事故の教訓も含む啓発情報の充実
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者への情報提供	これまでの検証を通じて明らかになった点も含め、子どもを預ける際の注意点を周知徹底
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者への情報提供	保育施設を利用する側の保護者に対しても、子どもを預ける際における子どもの安全確保のための注意点を周知徹底する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者、保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	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
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者、保育施設等	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	日々の子どもの受入れに際して、健康状態の確認や体調変化時の早期発見等のために注意すべき事項について、改めて保育所に注意喚起するとともに、預ける側の保護者に対しても、預ける際の注意点を周知徹底する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者、保育施設等	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	入園前健康状態把握表、保育中の記録用紙、保護者から情報を提供する書式、連絡帳の書式等は、書式例を自治体等が提供し、施設側、保護者側の両者がインターネット上でも入手できるようにしておく
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	保育申込みを受付する場合、確実な情報収集のためのチェックリスト等の作成と提供
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者との情報共有	研修受講状況の保護者等への公表や説明を求める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	入所前～入所後のリスクの軽減	保護者への情報提供	認可外保育施設利用者等が市へ相談しやすくなる環境を整えるため、市の連絡先を明示できる方策を検討する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者、保育従事者、一般市民	入所前～入所後のリスクの軽減	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、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
Liveware 地方公共団体	国、地方公共団体、関係機関	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	マニュアル整備	入所時の健康チェックマニュアル、入所前及び入所初期の保育のスタートマニュアル(仮称)を国、県、市町村、関係団体が連携して作成し、認可・認可外にかかわらず、すべての保育関係者に周知されるようにする
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育従事者	入所前～入所後のリスクの軽減	マニュアル整備	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

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	マニュアル整備	睡眠時の保育におけるマニュアルや、午睡時の呼吸等の確認のための書式など、保育施設が安全に睡眠時の保育を実践するために必要な手法を、保育施設に対し積極的に情報提供
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	マニュアル整備	医学的な理由でうつせ寝を勧められている場合以外は必ず仰向けに寝かせること、子供の安全確認をきめ細かく行うこと、1人にしないことなど、国のガイドライン等に示されている睡眠中の事故防止策について、保育所等に対して改めて周知徹底し、リスクに対する意識の喚起を繰り返し図る
Liveware 地方公共団体	国、地方公共団体、関係機関	保育従事者	睡眠中のリスクの軽減	マニュアル	午睡チェック表や午睡マニュアルの整備については、作成したものが形骸化しないよう、実際に保育現場で活用できるものであるかどうか継続的な検証を行い、実際に有用なものとすべく改善を図っていく
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	マニュアル整備	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
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者、保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	慣らし保育	慣らし保育の重要性について事業者や保護者に対して啓発
Liveware 地方公共団体	国、地方公共団体	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	慣らし保育	①入所後まもない1歳児の保育は、丁寧に温かく優しい保育を徹底する必要があること ②乳児から1～2歳児の時期には、常に特定の保育従事職員との関わりによる養護の側面が特に重要であることを保育に関わる全ての人が認識できるよう、国、地方公共団体が一体となって啓発を行う
Liveware 地方公共団体	国	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	慣らし保育	安全な保育のためにどの程度の慣らし保育や配慮が新入園児に必要なか、保育現場の裁量に任せず早急に専門的な調査を実施し、ガイドラインを示すとともに、子どもの最善の利益を考慮した丁寧な慣らし保育を行うことを保育所保育指針に位置付ける
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	うつぶせ寝	0歳児及び1歳児のうつぶせ寝禁止の再周知
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	うつぶせ寝	1歳以上でも、例えば、子どもの家庭での生活や就寝時間、発達の状況など一人一人の状況を把握できるまでの間は、必ず仰向けに寝かせて、子どもの安全確認をきめ細かく行うことなど、管内全保育所に対して周知徹底を図る
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	睡眠中の確認の徹底	観察補助	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
Liveware 地方公共団体	国、地方公共団体	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	記録作成	教育・保育施設が、全ての年齢区分において、就寝中の定期的観察を実施し、その記録を残す取組を支援するために必要な措置を講じる
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	マニュアル整備	事故対応マニュアルの整備
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	マニュアル整備	マニュアル作成を支援
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	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
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	施設では子どもの命を預かっているという点を十分に施設関係者が認識するための保育従事者の研修等の支援を行う
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	乳児保育は特別な配慮が必要な保育であることを再認識するよう、研修等を通じてより一層の啓発に努める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	施設に対し、健康や命に関わる研修の受講や健康や命に関わる知識、実技の研修も定期的に受講するよう強く勧める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	研修の内容は、①睡眠中に危険な状態になるという医学的見地の研修、②0歳(乳児)の睡眠中の事故等に関する映像研修を検討する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	事業者が研修等に参加しやすい環境の整備や参加意欲を向上させる方策について検討
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	職員の研修・訓練の充実を図るため、必要な情報を提供し、指導を行うとともに、自らも、保育士等の保育施設従事者の専門性をさらに高めることに資する研修を企画、開催し、地方公共団体全体で保育の質と安全の向上を図る
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	施設の職員向けの研修の充実を努め、研修の実施にあたっては、講義形式だけでなく、演習やグループ討議を組み合わせるなど、より実践的な研修を実施する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	保育従事者が、子どもの安全に関する研修を十分に受講できるよう、研修の実施回数や実施時間帯の工夫、研修講師の派遣など、具体的な支援策を講じる
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	施設に勤務する職員すべてが受講することが難しい状況があることも考慮し、研修日程や回数、実施場所を増やすなど、受講機会を広げるとともに、伝達(園内)研修の実施を促し、e-ラーニング等の活用も検討する

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	研修等を開催するときは、施設の職員が一度に受講することは困難であるため、年に数回、同内容の研修を実施し、受講機会の拡大を図る
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	特に認可外保育施設では、人員体制等の課題により、全ての職員の研修受講が難しいことから、立入調査等の機会を活用し、研修や相談支援を行うことなどにより、研修等の機会を確保するよう努める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	認可外保育施設における死亡事故が多い事実を鑑み、巡回指導、指導監査等の機会を活用し、認可外保育施設の職員に対する研修受講の指導・助言を行うとともに、研修内容が全職員に共有されるよう施設に対し指導
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	特に認可外保育施設においては、人員不足の問題を抱えており、研修会への出席が難しい施設が多いことから、動画配信による受講や出前講座等も検討し、研修の機会を広くするよう努める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	緊急時への備え	研修・訓練	施設で病気やけがなどの重大事故が発生したことを想定した救命救急訓練を、例えば、地域の消防署などと連携して実施できるよう支援するとともに、施設が事故発生時に的確に対応することができるよう、具体的な内容について巡回指導などを通じて指導する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	関連機関	緊急時への備え	研修・訓練	低年齢児への丁寧な保育やSIDSや窒息のリスクに関する知識、乳幼児の救命救急処置について、保育士養成施設における養成課程の授業内容を充実させるとともに、具体的なAEDの使用法等についても学ぶ機会を設けるなど、養成課程で学んだ事が保育の現場で確実に実践できる保育士の育成に努めるよう、保育士養成施設に対して求める
Liveware 地方公共団体	国、地方公共団体	保護者、保育従事者	緊急時への備え	研修・訓練	研修会の開催などを主導することにより、全ての保育関係者の知識や技能の向上を図るとともに、保護者に対しても周知の取組を行う
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	事故後の対応	保育施設との連携	重大事故が発生した場合においては、事故現場の保存や必要な記録の作成などを含め、保育施設と連携し対応する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	事故対応	保育施設における重大事故発生時の対処方法について、定期的に、実践的な手法等の指導、助言ができる体制を構築する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	施設の運営及び保育の状況を把握するとともに、指導検査のほか、保育施設に対して迅速かつ丁寧な指導、助言、相談できる体制の構築
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	運営が安定していない新規開設園に対して、開設後速やかに運営状況を確認し、必要な指導、助言ができる体制の構築
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	認可外保育施設の保育の質を向上させるため、認可外保育施設に対する巡回指導体制を強化する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	巡回支援指導の内容(実施規模及び指導内容、専門知識を持った人員の配置)を拡充し、具体的な保育の内容について、効果的な質の向上が図れるよう努める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	巡回指導員の増員及び立入調査等の実施
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	保育内容の充実及び事故対応の中心となる専任職員の配置
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	外部有識者等の人材を活用し、各保育施設を巡回して指導・助言する仕組みの構築を図る
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	施設に対する指導監督は保育の内容も対象となることから、保育現場に関わる専門的知識が欠かえず、退職した園長等、実務経験のある者(嘱託職員として配置する等)とともにを行う
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	指導監督を行う職員にも継続的に研修の機会を提供し、スキルアップを図る
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	指導監督の質の向上を図るため、担当職員に対する研修を充実する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体	指導監督	指導監督体制	現状の仕組みにおいても区市町村が認可外保育施設に対する保育の質向上に向けた巡回指導に取り組みやすくなるよう、財政支援や、区市町村職員に対する、指導のポイント等についての研修等、技術的な支援をする
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	指導の観点	認可保育所設置・運営事業者の選定や、施設の開設後に指導や助言を行う際に、これまで以上に子どもの安全面を重視し、保育の質の確保に努める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	指導の観点	施設が指導監督基準を理解し、遵守しやすいよう、マニュアル等により基準を具体化周知
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	指導の観点	認可外保育施設への巡回指導において、事故防止対策を重点的に指導
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	指導の観点	各施設の運営実態等を踏まえて、指導監督項目や保育の内容等について、重点事項等を精選
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	指導の観点	事故防止対策を重点指導事項に位置づけ、繰り返し指導を受け、改善が進まない施設に対し、集中的な指導監査を行う
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	助言・注意喚起	職員配置について施設に助言・指導
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	助言・注意喚起	国の事故対応ガイドラインで示されている睡眠時の留意事項について再度の周知を図り、指導を強化

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	助言・注意喚起	認可外保育施設のみならず認可保育施設も含めて、保育の実施に際して、健康状態の確認や体調変化時の早期発見等のために、保育の場面ごとに注意すべき事項について、改めて明確にし、注意喚起する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	助言・注意喚起	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
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	より丁寧な指導監督を行い、改善指導をした項目についてのPDCAサイクルが機能するよう立入調査のあり方を改善する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	特に子どもの命の安全に直結するような事項(午睡、給食、水遊び等)について、その実施状況を人的、物的、時間的に特に丁寧に確認できるよう、保育内容や保育技術を指導できる専門の知識・技能を持った者も加えて、通常の立入調査を行うとともに、巡回指導等を必要な場合に実施
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	巡回指導において課題が見つかった施設については、指導監督時に改善状況を確認し、必要な指導を行う
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	通常の指導監督と特別な監督の必要性がある施設への指導監督を別の部署で行っている場合、その施設に対する指導監督の履歴が共有され、共通の認識のもとに指導がなされるよう情報共有の体制を強化する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	施設に対する通常の立入調査に加え、必要に応じて抜き打ちによる立入調査や巡回指導を行う体制を構築する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	確認する事項によっては、無通告による立入調査をさらに積極的に進める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	認可外保育施設の事業者が、認可保育所などを運営する法人から、個人まで多岐にわたることや、施設によって職員配置や開所時間など運営の状況がまちまちであることなどから、各施設の特性を踏まえて、指導監督基準の内容や保育内容等について、より丁寧に指導する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	認可外保育施設においても、保育所において、必要最低限残すべき記録や夜間保育に係る運営上の注意点などのフォーマットを検討するとともに、チェックリスト等を示し、巡回指導や立入調査において活用する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	各保育事業者が本検証委員会が提言した内容を実施するにあたり、都道府県は具体的な実施方法等について、県に配置している巡回指導員を積極的に活用するとともに、区市町村とも連携して、指導・助言をし、その実施状況について、施設監査や巡回指導の機会を通じて十分に確認する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	指導が複数回にわたった時や、改善が即刻かつ十全になされず、さらなる措置をとることが子どもの福祉にとって必要と判断される場合には、児童福祉法の規定による勧告や勧告に従わなかった旨の公表、事業停止命令または施設閉鎖命令について、どのような判断基準で行うか整理し、それに基づいて迅速に指導監督を行う
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	都道府県は、繰り返し指導を行っている事業者に対する指導監督のあり方について改めて検討し、改善の意欲があるケースや、改善の見込みが無い又は意欲がないケース等を見極め、早期に必要な措置が講じられるよう、指摘事項の改善が図られるための方策や、区市町村と連携して改善勧告等必要な措置が講じられるような指導監督の強化に努める
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	特別立入調査や、指導直後の確認等を重点的にすべき施設を明確にするため、過去の指導状況については、一覧性のある記録を作成し、問題を複数回指摘され、改善が見られない施設や指導内容を明らかにしておく
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	繰り返し指導を行っている事業者に対しては、立入調査や巡回指導時に、基準遵守を強く指導するとともに、子供の安全に直結する事項を中心に改善の見込みの有無を見極め、改善勧告等必要な措置を積極的に講じる
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保育施設等	指導監督	立入調査・巡回指導	都道府県と区市町村は、繰り返し指導を行っている事業者に対し、連携して指導監督に当たる
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	子ども、保護者	指導監督	立入調査・巡回指導	区市町村は、改善勧告の結果、施設が運営を停止した場合に備え、利用児童の受け入れ先の確保等について、保育の実施主体や利用調整の役割が十分に果たせるよう、都道府県と積極的に連携する
Liveware 地方公共団体	国、地方公共団体	地方公共団体	指導監督	立入調査・巡回指導	国は児童福祉法第59条に規定する「事業の停止」又は「施設の閉鎖」を命じる場合の必要な対応について、具体的な判断基準を示し、地方公共団体はその基準を参考に適切に指導監督を行う
Liveware 地方公共団体	国	地方公共団体	指導監督	立入調査・巡回指導	認可外保育施設の質の向上に向けて、区市町村による認可外保育施設に対する質の確保への積極的な関与や巡回指導等の取組を支援する

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	指導監督	保護者への情報提供	事業者の改善に対する意欲を喚起し、保護者が最適な選択を出来る環境を整えるため、繰り返し改善指導を行っている施設を含め、指導監督の状況及び改善状況をさらに積極的に公表する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	指導監督	保護者への情報提供	多くある指摘内容、あるいは指摘を複数回受けている施設数を公表する等、利用者が安全に関わる重要な情報を入手できるようにし、利用者と施設双方に注意を促す
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	指導監督	保護者への情報提供	認可外保育施設に対する指導監督の状況について、保護者が最適な選択が出来るよう、より分かり易く情報を公表するとともに、保育サービスを選択する際に積極的に活用されるよう周知徹底する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	指導監督	保護者への情報提供	認可外保育施設に対する指導監督の状況について、引き続き、より分かり易く情報を公表するとともに、積極的に活用されるよう、時代に即した方法で周知徹底する
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	事故発生後の対応	保護者への情報提供	事業者及び保育施設と協力し、重大事故が発生した場合、事故の経緯や検証実施の有無を含め、被害に遭われた児童の保護者へ丁寧に説明
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	事故後の対応	グリーフケア	グリーフケアに取り組む民間団体は複数あることを、まず、子どもに関わる自治体部署が認知・理解し、子どもが亡くなった後も、つながりのあった母子保健担当者等が情報を渡し、保護者が支援のないまま孤立することがないように取り組む
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	事故後の対応	グリーフケア	保護者の心情に配慮しつつ、市町村と連携し、又は市町村を通じて、保護者が相談の必要を感じた時に利用できる相談窓口等の情報提供を図る
Liveware 地方公共団体	地方公共団体	保護者	事故後の対応	グリーフケア	重大事故が発生した場合の検証において、事案の当事者である保護者及び事案が発生した施設利用者に対するケアについて、消防・病院・警察等の関係機関と連携して取り組む仕組みを構築する
検証自体に関すること	保育施設等	子ども、保護者	検証制度	保育施設等による検証	行政による事故検証とは別に、事業者自ら検証し再発防止策を徹底するとともに、事故に遭われた児童の保護者に対しては、その経過及び結果について、丁寧に説明を行う
検証自体に関すること	地方公共団体	保育施設等	検証制度	第三者による検証	重大事故が発生した場合は、保育事業者自身で改善策を検討するだけでなく、第三者による検証を行うなど、徹底した再発防止策を検討する
検証自体に関すること	地方公共団体	保育施設等	検証制度	迅速な検証の実施	事故の要因や警察の捜査状況にかかわらず、事故発生後、速やかに検証を実施
検証自体に関すること	地方公共団体	保育施設等	検証制度	迅速な検証の実施	検証委員会を常設とするなど、重大事故の発生時に速やかに情報収集等が行える体制を構築
検証自体に関すること	地方公共団体	保育施設等	検証制度	情報収集	重大事故が発生した場合に、映像やメモなど客観的な検証材料を確保するために必要な環境整備や技術的手法について、保育施設に対する支援策を講じる
検証自体に関すること	国	地方公共団体	検証制度	情報収集	事故検証に必要な情報は常に入手できる仕組みづくり
検証自体に関すること	国	地方公共団体	検証制度	関係機関連携	関係機関への情報提供に係る必要な手続きの簡素化や、必要な情報を閲覧できるシステムの構築などについて検討を行い、制度的な整備を行う
検証自体に関すること	国	地方公共団体	検証制度	情報収集	地方公共団体が検証を行うために必要な情報を、警察等から容易に入手できる仕組みの検討、構築を図る
検証自体に関すること	関係機関	地方公共団体	検証制度	情報収集	司法解剖以降、専門施設で行われているとされる検査について、結果を迅速に出せるシステムを作る
検証自体に関すること	関係機関	地方公共団体	検証制度	情報収集	医療機関、消防、警察等の資料請求に関わる必要な手続きの簡素化と、必要な情報のみを閲覧できるシステムの構築
検証自体に関すること	国	地方公共団体	検証制度	全国的な情報集約	本検証委員会における専門家ヒアリングからの意見や、各自治体の検証作業に伴う課題等を丁寧に聞き取り、全国レベルでとらえた方がより検証が深まる内容については、主体的に検討を行う
検証自体に関すること	国	地方公共団体	検証制度	全国的な情報集約	これまでの重大事故の事例の発生原因及び改善内容等を分析し、集約した内容について公開する
検証自体に関すること	国	地方公共団体	検証制度	法定化	現在通知に基づき設置される検証委員会の位置づけを法定化し、調査の効率化や充実を図る措置を講じる
検証自体に関すること	国	一般市民	検証制度	CDR (Child Death Review)	社会全体としてCDRのとらえ方を進め、その実効性を高め、情報を関係者が共有できるしくみを整備していく
制度設計に関すること	国、地方公共団体	保育施設等	体制整備	基準の見直し	現在の保育現場の業務量や労働環境などに鑑み、保育士の年齢別配置基準の見直しを行う
制度設計に関すること	国	保育施設等	体制整備	基準の見直し	0歳児を保育する際の保育従事者について、有資格者配置の割合を高めるなど、職員配置等における監督基準の見直しを行う
制度設計に関すること	国、地方公共団体	保育施設等	体制整備	財政支援	保育施設に十分な保育士が配置されるよう、保育士確保のための財政支援策を一層手厚くするなど、保育人材を確保するための施策の充実を努める
制度設計に関すること	国、地方公共団体	保育施設等	入所前～入所後のリスクの軽減	関係機関と保育施設等との情報交換	保護者からの情報の提供に加えて、病児保育施設からの情報提供が円滑に進められる仕組みを構築する
制度設計に関すること	国、地方公共団体	保育施設等	入所前～入所後のリスクの軽減	関係機関と保育施設等との情報交換	かかりつけ医から情報を得られる仕組みや相談などが確実に実施できるよう実効性のある取組を推進

分類	提言				
	施策の実施主体	施策の対象者	施策の内容		
			大分類	中分類	小分類
制度設計に関する事	国	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	マニュアル整備	現行の「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【事故防止のための取組み】」に、乳幼児の突然死を防止する観点から、保育所等における就寝時の注意点をまとめた項目を作成
制度設計に関する事	国	保育施設等	睡眠中のリスクの軽減	マニュアル整備	これまでの自治体における事故の事例に対する見解を踏まえ、睡眠時の保育における手法と留意事項をあらためて明示
制度設計に関する事	地方公共団体	保育施設等	体制整備	保育の受け皿確保	待機児童解消に向けて、保育の受け皿確保を図る
制度設計に関する事	国、地方公共団体	保育施設等	指導監督	認可外保育施設への支援	届出にあたっては運営上の留意点等について指導を受けるようにする
制度設計に関する事	国	地方公共団体	指導監督	認可外保育施設への支援	認可外保育施設について、保育の実施主体である区市町村がこれまで以上に関与できるよう、届出制度のあり方、保育の質向上に有効な指導監督権限等について検証し、都道府県、区市町村の役割分担等について、あるべき姿、目指すべき方向性を示すとともに、都道府県や区市町村の取組を支援する
制度設計に関する事	国、地方公共団体	保育施設等	指導監督	認可外保育施設への支援	認可外保育施設に対して、区市町村へのこまめな情報提供や、区市町村における認可外保育施設への巡回支援が行いやすくなるよう、環境整備を行う
制度設計に関する事	国、地方公共団体	保育施設等	指導監督	認可外保育施設への支援	保育の実施主体である区市町村も認可外保育施設における保育に対し、都道府県と連携するなどして日常的かつ積極的に関与できるよう努める
制度設計に関する事	国	保育施設等	体制整備	認可外保育施設への支援	認可施設への移行を希望する認可外施設が、認可施設に円滑に移行できるよう、支援の仕組みの充実
制度設計に関する事	地方公共団体	保育施設等	体制整備	認可外保育施設への支援	認可外保育施設等の運営体制の強化に向けて、人員等の充実を支援するための制度を創設
制度設計に関する事	国	保育施設等	体制整備	認可外保育施設への支援	国庫補助事業である保育士・保育所支援センターで行う職業紹介の対象施設に、認可外保育施設を加える
制度設計に関する事	国	保育施設等	体制整備	認可外保育施設への支援	認可外保育施設の運営の安定化及び適切な保育環境の確保を図るうえで必要な経費について、財源措置を講じる
制度設計に関する事	地方公共団体	保育施設等	体制整備	認可外保育施設への支援	現行の認可外保育施設補助金について、施設の人材確保につながるような支援を行うなど、さらなる改善を図る
制度設計に関する事	国	関連機関	体制整備	認可外保育施設への支援	国で進めている幼児教育の推進体制の構築（幼児教育センター等）の中に、認可外保育施設を含めるなど配慮する
制度設計に関する事	国、地方公共団体	保育施設等	指導監督	事業所内保育施設への支援	事業所内保育施設を運営する事業者へ、低年齢に対する丁寧な保育が必要であることや、育児休業明けからの復帰に際しては、個々の子どもに応じた慣らし保育期間が望ましいことを企業に対して啓発する
制度設計に関する事	地方公共団体	保育施設等	指導監督	事業所内保育施設への支援	委託元企業の職員が保育の知識を深められ、委託元企業と委託先保育事業者との連携が図られるよう支援するとともに、事業所内保育施設の特徴を踏まえた運営指導を行う
制度設計に関する事	地方公共団体	子ども、保護者	24時間保育や福祉的な支援を必要とする家庭支援	他機関との連携	夜間の時間帯に認可外保育施設を利用している児童の保育について、保育分野から他の福祉分野を始めとして、認可保育所や独自の認証保育所、児童養護施設、乳児院、母子生活支援施設、子ども家庭支援センター等とも一層連携し、必要な支援の確保に努める
制度設計に関する事	国、地方公共団体	保育施設等	小児医療	かかりつけ医の重要性	医師会などと連携し、かかりつけ医の重要性について、これまで以上に分かりやすい情報発信に努め、周知・啓発を図る
制度設計に関する事	国、地方公共団体、保育施設等	保育施設等	小児医療	囁託医等の機能強化	園医や保育所囁託医の重要性を再認識するとともに、医師会などと連携し、その機能強化について実効性のある仕組みを検討する

付録2 インタビュー要旨

日時	2022年9月22日（木）16:00～17:30
方法	対面・オンライン併用
参加者	自治体 A
	内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）付
	PwC コンサルティング合同会社

1. 検証体制

①事務局の構成

当該自治体では、認可外保育施設の運営所管課の課長、課長代理、庶務的な業務を担う担当職員で担当している。

②検証委員会組成までの準備

検証委員会は常設で、委員は設置要綱に基づき任期を定めて選任している。児童福祉審議会とは別の委員会としている。

③検証委員会の委員構成

当該自治体では学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、誤嚥事故等の場合に参画いただく管理栄養士の7名で構成している。委員長は互選により選出。

2. 検証開始まで

①事実確認

事故発生後、速やかに保育施設の指導監査部署と合同で施設に出向き事実確認を行う。収集する情報は、事故発生当日の状況、児童の在籍状況や当日の登園人数、職員の勤務状況などの情報が一例として挙げられる。

②事故発生後～情報収集～検証委員会開催のタイムライン

情報収集に一定時間を要するため、事故発生からある程度経過してから検証を始めている。

③収集すべき情報

基本的には、施設概要、施設の構造・保育室等の配置、事故発生時の児童数や職員数、職員の経験年数、気象状況、時系列での動きとして、施設のどこで事故が発生し、職員がどこにいて、いつこどもを見ていたか等、事故に至るプロセス、事故後の対応状況、こどもの発達の状況や既往症、健康状態等で気になることがあったかなどを確認する。過去の立入調査での指摘事項や改善状況についても確認する。その他、特に事故の内容により、必要に応じ詳しく確認する。

④対外周知

他の都道府県で発生した事故も含め、重大事故が発生した場合には、同様の事故を防止する観点から、管内の施設等に対し事故防止のための対応策等を周知するとともに注意喚起を行う。

3. 検証実施

①検証委員会の開催回数

検証委員会は1～2か月の1回の間隔で5回程度開催し、概ね1年間で報告書を取りまとめる。まずは事故の概要について共有し、問題点・課題の抽出、課題を踏まえた提言を検討し報告書にまとめている。

②情報管理

関係者へのヒアリング内容は非公開としている。事前に、検証の目的、情報の取扱いなどについて丁寧に説明した上で各関係者の協力を得て実施している。設置要綱上、委員には守秘義務を課している。

③保護者へのヒアリング・グリーフケア

ヒアリングは、保護者の了承が得られた場合には、委員が直接対面で聴き取りをすることもある。保護者へのヒアリング等の対応について、検証の際に初めて保護者と顔合わせする立場で、グリーフケアの支援ができるか難しい面があるため、メンタルケア専門の方による対応や聞き方の具体的な配慮事項等についてのガイドラインがあれば参考になるかもしれない。

④家庭環境の把握

こどもの成育歴や喘息・アレルギー等健康上気になることがあったか、保育施設の利用状況、当日の体調などについて可能な範囲で把握する。

⑤睡眠中の突然死に関する施設の理解の程度・施設の労働環境等の周辺状況の確認

睡眠時のリスクについて、施設長によるマネジメントや、研修などの実施により職員全員に共有されていることが重要である。①職員による呼吸確認や見守りの状況、②事故発生時の保育室の配置（こどもが死角になっていなかったか）、③こどもの体調等の情報が保護者と施設で共有されていたか、④過去の立入調査における指摘事項や改善状況等を確認する。

当該自治体では、立入調査とは別に、巡回指導による指導助言を実施している。巡回指導の際には、睡眠時の事故防止のための睡眠チェックリストにより睡眠中の乳幼児の顔色や呼吸状態等をきめ細かく確認するよう指導助言をしている。

⑥検証実施に当たり困ったことの有無（医療機関や警察から情報が得られないなど）

個人情報等について警察などから情報を得ることは難しい。検証は、睡眠時の確認や見守り状況、児童の状況の把握共有等、保育のプロセスが適切であったか、事故発生時に適切な救急対応が取れたのかといった観点で行うものであり、関係者から得られた情報の範囲内で検証を実施している。

4. 提言をまとめる上で留意したこと

①不明点が残る場合の提言のまとめ方

関係者から得られた情報の中で事故の状況や保育施設の対応を検証し、問題点や課題を抽出する。同様の事故を防ぐためにどういったことをすべきかについて議論し、提言にまとめている。

②関係者・当事者の意見が食い違う場合の取扱い

検証委員会での議論を基に報告書の素案を事務局から提示し、委員会で議論いただき、委員のご意見を反映し報告書としてまとめている。

③提言のフォローアップ

検証委員会での提言事項については具体的な対応策を講じている。

5. 検証報告書の作成

①検証報告書の構成を検討する上で参照した文献

基本的には内閣府の通知に則った形で対応している。

②検証報告書の公開・非公開の検討

検証委員会は設置要綱上非公開である。検証報告書は、プライバシーに配慮しつつ保護者の了承が得られれば原則公開とし、公開に当たってはプレスリリースをしている。

日時	2022年10月24日（月）10:00～12:00
方法	対面・オンライン併用
参加者	自治体 B
	PwC コンサルティング合同会社

1. 検証体制

①事務局の構成

保育所管課の課長、係長、担当職員（主査・主任・主事）で担当している。

②検証委員会の設置までの流れ

当該事例において、検証委員会は、事故発生から約3か月後に内閣府等の通知に基づき設置した。平時から検証のための組織を設置しているわけではなかったところ、既存の審議会に紐づく組織としてではなく、独立した委員会として設置するほうが機動的に対応できると考え、検証委員会を設置した。結果として、原因分析と再発防止策を、検証委員会委員となる医師や弁護士等の専門的観点から検討できた。

③検証委員会の委員構成

社会福祉審議会児童福祉分科会の委員等から委員を選任した。学識経験者、医師、弁護士、保育団体関係者、医療団体関係者の5名で構成しており、各分野からの意見に基づく提言に再発防止策の実現が図られた。委員長及び副委員長は互選により選出。

2. 検証開始まで

①事実確認

関係者から事前に以下の事項を聴取した。警察からはこどもの状況などある程度大まかな情報は聞けたが、現場検証で得られた情報や司法解剖結果は示されていない。

<施設長>

- ・事故当時の状況、経過等

<保育従事者>

- ・施設利用初日からの様子
- ・当日の健康状態と施設長の対応
- ・保育が行われていた状況と保育士の状況

<保護者>

- ・保護者及びこどもの当時の健康状況、事故1週間前から当日までの様子
- ・事故当時の経過
- ・施設及び行政、検討委員会への意見・要望

<警察>

- ・保護者及びこどもの当時の健康状況

- ・事故当時の状況、事故に至った経緯
- ・保育が行われていた状況と保育士の状況

<消防>

- ・事案確認時のこどもや施設長等の状況

②保護者との事前調整

保護者からは、「検証委員会の委員や、再発防止策を検討するという委員会設置目的、委員が事故についてどの程度把握しているのか、今後どのような内容を聴取して検証委員会が進むのか等の事前説明を受けることなく委員からヒアリングを受け困惑した」「事案について報道される前に行政から連絡が欲しかった」との意見があった。

③保護者とのコミュニケーション及びグリーフケア

保護者からは、「自分達の気持ちをどこにもぶつけようがない」との意見があった。保護者は警察や行政から同じ内容の聴取を受けるので、精神的・時間的負担の関係で二重三重の苦しみがあるため、どのような聴き取り方をして和らげるかが課題だったと認識している。

3. 検証実施

①「教育・保育施設等における乳児等の睡眠中の突然死」の検証に必要な情報

当時から平時の立入調査で睡眠時の確認事項を調査していたが、具体的な調査方法は把握していない。現在は、立入調査における睡眠時の確認事項として午睡チェック表を活用した確認の状況を調査しており、仮にまた検証が必要になった場合は午睡チェック表に従って検証する見込み。仰向けで寝かせていたか、熱がなかったか、咳をしていなかったかなど。午睡チェック表は全国の自治体や関係団体作成のものを参考にしている。

②睡眠中の突然死に関する施設の理解の程度・労働環境等の周辺状況の確認

立入調査では睡眠時の確認事項を調査し指導していたが、事案発生時は、配置基準上2名で対応すべきところを施設長1名で対応しており睡眠時の確認ができていなかった可能性がある。

③検証に際して欲しかった情報

検証委員会は死因究明が目的ではないが、警察からの現場検証で得られた情報や司法解剖結果を検証委員会で共有できれば、保護者等への精神的・時間的負担の削減、また、精度の高い検証ができ、再発防止へ向けたよりよい提言ができる可能性が高い。提言においても関係機関からの情報共有ができる体制構築が盛り込まれた。

4. 提言をまとめる上で留意したこと

①不明点が残る場合の提言のまとめ方

今回の検証では、警察から現場検証で得られた情報や司法解剖結果は得られなかった。このため、その他の関係者から得られた情報の中で事故の状況や保育施設の対応を検証した。提言には関係機関からの情報共有に関する項目を盛り込んだ。

②提言の実現に向けた支援等

下記 i ～ iv に記された項目が提言として挙げられた。それぞれの施策の実現に向けた、自治体としての支援内容は下記のとおり。

i. 保育従事者の安定的な確保

認可外保育施設への補助に人件費を追加

ii. 立入調査の体制強化

事前通告を通例とする立入調査とは別に、抜き打ちで保育士としての経験が豊富な会計年度任用職員が巡回指導支援を行う体制を整え、施設が抱える問題についても質問を受けるようになり、支援を行うことが可能となった。立入調査や巡回指導支援の際には、「睡眠時安全チェックポイント」により睡眠中の乳幼児の顔色や呼吸状態等をきめ細かく確認するよう指導助言をしている。

iii. 食事や睡眠等の関する知識や技能の普及

「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」（内閣府）等を参考に、自治体独自の事故防止及び事故発生時マニュアルやリーフレットを作成し、保育施設に配布・啓発を行った。マニュアルは、睡眠・誤嚥・誤飲・窒息・食事・園外活動・プール水遊び・感染症・事故発生時の対応等に関して具体的なチェックポイントを示すもので、事故防止の意識を高めるツールとして施設内研修等で活用してもらうことを想定している。

iv. 保護者と保育施設との情報共有

自治体のホームページにおいて、認可外保育施設の届出一覧、立入調査結果及び改善事項を掲載し、情報提供を実施。また、認可外保育施設に交付する「監督基準を満たす旨の証明書」に自治体担当課の連絡先を明記し、施設内のよく見える場所に掲示するよう促している。

5. 検証報告書の作成

①検証報告書の公開・非公開の検討

検証委員会は設置要綱上非公開である。検証報告書は、内閣府等の通知に基づき、プライバシーに配慮しつつ保護者の了承が得られれば原則公開としている。

②検証実施に当たり困ったことの有無

警察から現場検証で得られた情報や司法解剖結果の提供が受けられず、検証委員会として保護者に警察と類似の質問をすることで、保護者に相当な精神的・時間的負担をかけてしまった。

日時	2022年11月8日（火）13:00～14:30
方法	対面・オンライン併用
参加者	自治体 C
	PwC コンサルティング合同会社

1. 検証体制

①事務局の構成

当該事例が発生した保育施設の所管課の課長、課長補佐、担当職員で担当した。

②検証委員会の設置までの流れ

平成 29 年度に内閣府から発出された通知を受け、検証委員会設置要綱を制定していた。常設とすることで仮に事故が発生してしまったとしても機動的に対応できると考えている。

③検証委員会の委員構成

検証委員会の設置要綱上、委員は、教育・保育分野 2 名、学識経験者 1 名、保健・医療分野 1 名、法律分野 1 名、誤嚥等の場合は栄養分野も 1 名と定められている。内閣府から通知が発出される以前に、県内の認可保育施設でこどもが亡くなった事故があり、市が設置した検証委員会の運営をバックアップしていたため、当該事例の検証委員はその際に接点のあった委員を中心に選任した。

学識経験者としては児童福祉審議会保育部会の委員を選任し、また、法律分野からは保育に造詣の深い弁護士を選任したため、保育分野に明るい委員であった。保健・医療分野からは小児科医を選任し、当該医師が、情報が限られている中でも死因に関する色々な可能性を一つずつ検証し、結果として「原因不明」という結論を出した。また、当該事例は、午睡中の事故であったため、昼食の食事の影響を考慮し、栄養分野からも選任することとした。

2. 検証開始まで

①事故発生から検証委員会設置までの動き

施設からの第一報はなく、事故発生の翌日に、警察から「このような事故が発生したがどのような施設だったか」という問い合わせがあり、初めて事故を認知した。警察から連絡があったその日のうちに施設を訪問し、虐待の疑いの有無や、どのような状態で亡くなったかなどを聴き取り、午睡チェック表などの写真を撮影した。翌週にも施設を訪問し、時系列で起きたことを調査した。

過去に同様の重大事故検証を実施した複数の地方公共団体に、警察とのコミュニケーションの取り方や保護者との接触のタイミングなどを尋ねた。事故発生の翌日には、検証委員会の設置を決定し、約 2 週間後から委員候補に説明に回って就任の承諾を得た。当該施設は、事故発生月には既に廃園していたが、施設長にも、「検証委員会を実施するのでご協力願いたい」「現場をなるべくそのままにしておいてほしい」と伝えた。事故発生から約 4 か月後に第 1 回の検証委員会を実施した。

②保護者とのコミュニケーション

保護者に対する検証への協力依頼は、こどもを失った悲しみに配慮して、事故発生から一定期間を置くこととし、その上で年度末までに検証を終わらせることを考えて、約 2 か月後に事務局から

接触した。当時の事務局担当者は、保健師等の有資格者ではなかったが、保健所勤務経験の長い職員であった。保護者としては「そっとしておいてほしい」「検証をやってもしこどもが戻ってくるわけでもない」の意見があったため、保護者の意向に配慮した対応を行う旨を伝え、検証実施の了解を得た。

3. 検証実施

①「教育・保育施設等における乳児等の睡眠中の突然死」の検証に必要な情報

事務局としては、午睡中の死亡事故を検証する観点について委員の意見を得たいと考えていた。このため、検証委員会において、以下のとおり収集すべき情報として指示を受けた（予め収集済みの情報を含む。）。

<こども・保護者に関する情報>

- ・ こどもの成育歴
- ・ 予防接種状況
- ・ 死亡時のカルテ
- ・ 救急搬送時の記録
- ・ 解剖所見
- ・ 母子手帳
- ・ 保護者の既往歴
- ・ 保育施設に預けるようになった経緯
- ・ 家での離乳の状況
- ・ 日常の園児のデータのやりとり（登降園時に何を伝え、何を確認していたのか）

<保育施設に関する情報>

- ・ 保育計画
- ・ 保育施設における入所時の確認事項
- ・ 危機対応マニュアルの整備状況、内容、周知状況、訓練状況
- ・ 給食・水分補給・午睡等の保育実施マニュアルの整備状況等
- ・ 救命救急講習の受講歴
- ・ これまでに何名程度の0歳児を受け入れていたか、施設としての経験値
- ・ 当日の昼食内容
- ・ 当日の事故発生時までの状況
- ・ 異変発生時の対応
- ・ 保育施設の環境（暗さなど）を確認するため、当日の天気や気温に関する公的記録

<行政の対応に関する情報>

- ・ 慣らし保育に係る行政のガイドライン
- ・ 行政における施設に対する指導体制

<マクロデータ>

- ・ 乳幼児の突然死の発症率

基本的に情報は収集できたが、解剖所見や乳幼児の突然死の発症率の収集は難しかった。警察からは、「解剖結果は保護者にのみ伝える」と言われていたが、電話における口頭ベースでは、「法医学医師の見解として外傷的なものもなく持病もないので乳幼児突然死症候群が考えられる」旨を教えてもらった。

平時の保育施設への指導監査において、午睡チェック表の付け方を確認しており、午睡時には、医療的に必要と判断された場合以外はうつぶせ寝させないこととし、うつぶせ寝させる場合にはその理由まで確認している。指導監査では、現状の体制がどうか、現状基準を満たしているかといった「現状」の情報を確認するが、死亡事故の検証では、これまでの保育施設における経験年数などを確認する点が大きく異なるため、事務局としても委員の指摘から気づきがあった。

②睡眠中の突然死に関する施設の理解の程度・労働環境等の周辺状況の確認

第1回検証委員会終了時に事務局から委員に対して、「現場視察をした方がよいか」と問いかけたところ、多くの委員から現場視察を希望する意見があり、第2回検証委員会を開催する前に、委員が現場視察する機会を調整した。当該施設は既に廃園していたが、現場保全がなされていた。現場視察時に話題になったのが、施設内の暗さであった。事故発生時の気温や天気も公式記録を入手し、曇りであったかなどを確認した。事故発生より2年前の指導監査時に「カーテンを少し開けるように」という指導をしたが、改善がなされておらず、実際の室内は少し暗く異変に気づきにくい状況であった。

当該保育施設は、英語を用いたコミュニケーションを特色としており、保護者もこの特色から当該施設に子どもを入所させていたようである。一方、行政は、保育施設として適切に運営されているかという視点で指導監査を実施している。指導監査の順守状況については、施設長が参加した研修内容は職員にも伝達され、事故発生時も子どもの心肺蘇生などを試みた記録が残っており、一定の対応はなされていた。他方、午睡中にカーテンを開けるという認識は施設長も保育従事者もあつたとみられるが、日によって開け方を調節することはしていなかったと思われる。また、死亡した子どもは1歳であったが、0歳の頃から保育施設に入所しており、0歳児の午睡チェックの頻度がほかの1歳児よりも短くすべき点について施設長の認識が十分ではなかった点など、午睡チェックのあり方などについては課題があった。

③検証に際して得られてよかった情報

保育施設の関係者が証言する内容と、書類上の記録が一致しているとは限らないため、照合するために、医療機関や消防の記録が得られたのはよかった。施設長も協力的であり、午睡チェックの認識が十分ではなかった点も隠さず話してくれた。事務局としては、「警察の捜査とは異なり、今回の検証は責任追及が目的ではない」と断っていた。また、現地調査に当たり、事前に質問したい項目をあらかじめお送りするなど配慮した。関係者・関係機関に情報提供を依頼する際には、郵送や電話だけではなく、必ず足を運んで説明するようにした。

4. 提言をまとめる上で留意したこと

①提言のまとめ方

委員から色々な意見は出たが、実効性のある提言とすることで委員から理解を得た。結果として、午睡中の事故に関する周知啓発や、行政による指導監査のあり方、慣らし保育のマニュアルや午睡チェック表の周知など、実現可能性のあるものを中心にまとめ、制度改正など大がかりなものに係る委員からの意見は別枠でまとめることとした。

②提言の実現に向けた支援等

提言を受けて、午睡チェック表は、公立保育所で使っているものを加工して他施設にも配布した。また、認可外保育施設に対する研修において、心肺蘇生の講習は毎年実技で実施している。平時の指導監査においても、午睡チェック表の有無や使い方に課題があれば指導している。

5. 検証報告書の作成

①検証報告書の公開・非公開の検討

報告書は個人が特定できないような記載とし、行政の Web ページに公開している。保護者が心配していたのは、事故発生後すぐに公表されると個人が特定されるおそれがある点であり、事故発生からある程度期間が空けば、特定可能性が低くなると考え、一定期間を置いて公表した。記者発表は実施しなかった。検証委員会委員長からは、「周知啓発の観点が重要」という意見もあったが、SNS が発展していることも考慮し、公表することによる遺族や施設関係者への二次被害のおそれもあると判断した。

6. 保育従事者へのケアの必要性

事故発生時に対応した保育従事者について、無資格者ではあったが、資格取得の意欲をもって業務に従事していた矢先に事故が発生した。事故発生後は、保護者に会うかもしれないという恐怖から一歩も家の外に出られないと言い、事務局が話を聞いている間ずっと泣いていた。特に当該事例の場合は、原因不明であるため、責任追及が目的ではないことを伝え、遺族だけではなく、保育従事者もケアする必要があると感じた。

日時	2022年11月17日(木) 13:00~14:30
方法	対面・オンライン併用
参加者	自治体 D
	PwC コンサルティング合同会社

1. 検証体制

①事務局の構成

当該事例が発生した保育施設の所管部局の部長、次長、課長、係長、係員で担当した。なお、当時は保育施設の所管部局が保育施設への指導監査も担っていた。現在は、指導監査を担当する部局は別に設置されている。

②検証委員会の設置までの流れ

事故発生から約2週間後、平成28年内閣府通知や他地方公共団体の検証報告書を参考として、検証委員会設置に向け、課及び部内で協議し、委員の選定等を行った。この時、県より、「検証委員会の設置に向けては相談に対応する」「人選に行き詰った時は委員を紹介する」との協力の申し出があった。結局、市で対応することができたので実際の県からの支援はなかったが、県とは担当者間で「顔の見える関係」を築いていたため、いつでも支援をされると言われていた。

その後、委員への打診や検証委員会設置要綱の制定を行い、事故発生から約3か月後に第1回検証委員会を開催した。

③検証委員会の委員構成

検証委員会の設置要綱上、委員は、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者と定められている。当初、市社会福祉審議会児童福祉専門分科会委員からの選出を検討し、うち学識経験者、教育・保育関係者から了承を得た。他方、委員であった医師からは、「自身は公衆衛生が専門だが、検証委員には小児科医が望ましい」との理由で辞退の意向を示されたため、市医師会へ小児科医の紹介を依頼し、推薦を受けた。弁護士は市の顧問弁護士に打診し、了承を得た。

④検証委員会を常設とする場合、事故発生時の組成とする場合のメリット、デメリット

常設とする場合、関係者の記憶が鮮明なうちに機動的に検証がスタートでき、聴き取り等の検証に必要な対応をスムーズに行うことができる。他方、事故発生の前から専門分野の委員を幅広く確保しておくことが必要となる。

事案発生時の組成とする場合、事案の専門分野の委員を適正に構成できる。他方、人選の依頼、手続等、検証委員会設置までに時間がかかる。

⑤児童福祉審議会の部会等として設置する場合、他の審議会と別に設置する場合のメリット、デメリット

児童福祉審議会の部会等として設置する場合、平時より市の保育に関する情報を会議で共有しているため連携が取りやすい。他方、検証に必要な専門分野の委員がない場合がある。また、部会等開催日との調整、審議会部会業務と検証に専念できる時間の確保が必要となる。

他の審議会と別に設置する場合、検証に必要な専門分野の人材を選出でき、検証に専念してもらう時間を確保しやすい。他方、専門分野の委員に関する情報を収集する必要がある。

2. 検証開始まで

①事故発生から検証委員会設置までの動き

施設長及び全職員の同意を得て、事案発生当日の保育状況及び発生後の対応について、担当職員への個別の聴き取り、施設長への個別の聴き取り、全職員への聴き取り（1歳児クラスの担任グループ、保育補助者のグループなど、グループごとに実施。事故発生当日に休みだった職員含む）を行った。その際、対象者に、聴き取った内容について、必要な場で必要な情報を共有することの同意を得て記録し、部内で共有、市長へ報告、検証委員会で共有した。

<事案が発生した保育状況・保育環境>

- ・ 死因は不詳
- ・ 慣らし保育中で、初めての午睡。
- ・ 事故発生時、職員は、うつぶせ寝の危険性は認識していたが、本児がうつぶせ寝になっていても仰向けにはしなかった。
- ・ 本児の異変は保護者が迎えに来た時まで発覚しなかった。
- ・ 保育従事者の知識が不十分で睡眠時のチェックに対する意識も欠如していた。
- ・ 睡眠時チェック、応急手当、事故防止等こどもたちを安全に保育するためのマニュアルが十分に整備、周知されていなかった。
- ・ 保育従事者は救命救急講習を受講していなかった。
- ・ 配置基準は満たしていたが、保育補助者の数が多く、睡眠時チェックに関する知識や打ち合わせの機会などが共有されていなかった。

<事案が発生した保育状況・保育環境から抽出した検証の観点>

- ・ 保育施設としての基準は満たしていたが、保育の質はどうだったのか。
- ・ 慣らし保育の実施状況は適切だったのか。
- ・ 睡眠時のチェック（体位の確認、頻度）は十分だったのか。

なお、警察からは、保育施設の様子などの聴き取りがあったが、警察から検証委員会に対する情報提供はほとんどなかった。

②保護者とのコミュニケーション

事故発生の翌日、市から報道機関に事故発生について記者発表する旨を遺族である保護者に電話で連絡した。保護者は、「施設に殺されたと思っている。施設名を出してほしい」と保育施設へ怒りが向いていたため、保護者の話を最後まで静かに聞くことで、寄り添う気持ちを示した。市への要求や攻撃的な言葉はなかった。

事故発生から約3か月後に、施設を通して、保護者より、「市が行っている対応は市から直接話を聞きたいので直接連絡してほしい」という申し入れがあり、市で事故検証委員会を設置し事故の検証をするという連絡を行った。

保護者は、当初、検証に対して、「検証など必要ない。うつぶせ寝が危険だとわかっているのに職員がうつぶせ寝にしたから死亡に至った。なぜ今さら死因を調べるのか」と否定的だった。事務局から、「事故を繰り返さないよう検証委員会を設置して再発防止の提言を出し、すべての保育施設で再発防止の意識を高める必要がある」という考えを保護者伝えたところ、納得を得た。

他方、保護者は、「市の立場として今後事故が起きないために検証の場を設けることはわかるが、もうこどもはいないのだから自分には関係ない」とも話していた。委員からは、保護者の喫煙状況はどうだったか、家庭環境がどうだったか、こどもが発熱した時に病院を受診してどうだったか、などを聴き取ることの希望が出たが、上述の保護者の意向を委員に伝えたところ、「検証委員会に対して関わりたくないという保護者の心情に配慮することも必要である」と判断し、検証委員会として遺族への聴き取りや、母子手帳等の提供依頼は行わなかった。なお、検証委員会設置の前に遺族から電話で取得した情報については、検証委員会内で報告した。

保護者には、検証委員会開催日の情報を伝え、委員会終了後に、検討状況（問題分析、提言検討等）と終了した旨のみ電話連絡をした。

3. 検証実施

①「教育・保育施設等における乳児等の睡眠中の突然死」の検証に必要な情報

「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」（内閣府）や、「家庭的保育の安全ガイドライン」（NPO 法人家庭的保育全国連絡協議会）、検証委員の意見を元に、以下の項目について検証を行った。

<こども・保護者に関する情報>

- ・ 死因（病死、窒息死）
- ・ うつぶせ寝などの睡眠時の状態
- ・ こどもの健康状態
- ・ 家庭環境（喫煙等）

<保育施設に関する情報>

- ・ 睡眠時チェックの状況
- ・ 保育環境
- ・ 救命救急等緊急時の対応
- ・ 施設のマニュアル
- ・ 人員体制等の保育状況
- ・ 入園時期及び保育時間

なお、「こどもの健康状態」「睡眠時チェックの状況」「人員体制等の保育状況」の詳細として、以下の項目は平時の指導監査においても連動して確認している。

- ・ 健康管理（こどもの健康状態の観察）⇒毎日登園の際に体温等の健康状態の観察を行うとともに、保護者から児童の状態の報告を受けること（連絡帳の活用もあり）
- ・ 乳幼児突然死症候群（SIDS）の予防⇒睡眠中の児童の顔色や呼吸の状態をきめ細かく観察すること（5分おき程度） 乳児を寝かせる場合にはあお向けに寝かせること
- ・ 保育従事者の数と資格

②睡眠中の突然死に関する施設の理解の程度・労働環境等の周辺状況の確認

人員体制は、保育士 15 名（うち、常勤 6 名、午前のみ、午後のみなどの短時間パート勤務 9 名）、保育士資格のない保育補助者 13 名（うち、常勤 5 名、短時間または週 2 日などパート勤務

8名)であった。常勤保育士が少ないため、どのクラスも常勤保育士1名と短時間勤務の保育士や保育補助者という、配置基準をぎりぎりのところでクリアしている状態で保育を行っていた。午前と午後で保育者が変わり、1日を通してこどもに関わる保育者がいないことが日常的にあった。常勤保育士への負担は大きく、職員間で保育情報を共有する時間がなかった。このため、睡眠時チェック等の知識について、施設長及び保育士は理解していたが、保育補助者は知識及びスキルが乏しいまま保育に従事していた。聴き取りによると、「SIDS 予防のリーフレットが回覧されたが、詳細な説明は聞いていない」「保育士と SIDS の話をしたことはないし、午睡時に気をつけることについての話をしたこともない」との話であった。

③家庭環境の確認状況

母が育児休業後の職場復帰のため本施設に事故発生月より入所したところであった。

④検証に際して得られてよかった情報

施設長は、施設を運営する立場として、「睡眠時チェックの方針があるのにそれを職員が怠った」という認識であったが、職員は「チェックすることにはなっていなかったし、知識に不安を感じている」という認識で、施設長と職員の間意識の差が明らかとなり、検証において問題点の把握と分析に活かすことができた。

保育士の配置基準は満たしていたが、睡眠時チェックに関する知識など「質」までは確保されていなかった。職員は、「こんな保育でいいのかな」と思うことがあったという。ましてや、保育補助者は、「保育の勉強をしたことがない自分がこどもの面倒を見てよいのか」と思いながらも、保育士に質問をする時間もなかったという。勤務体制や保育の質の面で問題があった。

当時の指導監査では、監査項目として「睡眠中の児童の顔色をきめ細かく観察すること」「仰向けに寝かせること」を確認していたが、監査は午前中の実施が多く、睡眠中の現場をそれまでの監査時に確認できでいなかった。また、睡眠中のチェック表の提出までは求めていなかった。なお、現在では、認可外保育施設への指導監査は、別部局(福祉監査課)が行い、所管部局では巡回指導員が年に2回、午前中に加え、事故が発生しやすい午睡時間に訪問する巡回指導を実施している。

4. 提言をまとめる上で留意したこと

①提言のまとめ方

小児科医である委員からは、「死因が窒息かそれ以外かということは、検証の上で大きな問題である」という意見も当初はあったが、保護者の心情に配慮し得られた情報のみで検証を行い、死因不詳のまま、再発防止に焦点を当てて検証を進める方向で委員全員一致して進めた。

委員からは、「慣らし保育が重要」「うつぶせ寝を仰向けにするのは大事だが、保育士が理解していても、実際には、『こどもがよく寝るから』とうつぶせ寝にさせていることもあると思う。だからこそ、仰向けにすることを再発防止策に盛り込まないといけない」といった、専門的知見からの有益な意見を得て、提言に活かすことができた。

②提言の実現に向けた支援等

報告書について、市民にはホームページで公表した。市内の施設には、報告書を送付した後、施設長会議や研修の中で、提言を詳しく説明し、「二度と事故が起こらないよう、再発防止策を徹底してほしい」と伝えた。

5. 検証報告書の作成

①構成を検討する上で参照した文献

主に以下の文献を参照し、検証項目等を参考にした。千葉県の検証報告書は委員の学識経験者からも推薦があった。報告書には載っていない準備の部分は、直接聞かないとわからないことが多かったため、①死因が不詳の状態でのどのように検証したか、②公開・非公開の別、③いつ委員会を立ち上げ、どのくらいの期間でどの程度委員会を開いたか等については、以前に検証を実施しているいくつかの自治体に電話で照会した。

- ・平成28年3月31日付「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」（内閣府）
- ・「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」（平成30年9月千葉県社会福祉審議会）
- ・「保育施設での子どもの突然死とその予防」（小保内俊雅 多摩北部医療センター小児科部長）

②検証報告書の公開・非公開の検討

検証報告書を公表する前に、保護者を訪問し報告書を渡した。その際、検証報告書の内容を読んだ保護者から、「施設から聴き取った経過内容の部分が、自身が把握していることと違っている。提言はこのままでよいが、報告書の経過内容を修正してほしい。修正しなければ公表は認められない」との申し入れがあった。最初の施設からの報告は、「仰向けにしようとしたがこどもが泣いたのでできなかった」というものだったが、その後、「仰向けにしたら泣くのではないかと思って触れなかった」と話が変わっていったことを受け、保護者の意向により、「実際には職員が仰向けにしようとしなかったこと」を事実として記載した文書を、保護者と保育施設の間で取り交わしていた。当該文書は、当初検証委員会には提出がなかったため、改めて提出を受け、検証委員会で協議し、報告書を再検討して、保護者から内容の了承を得た。

今後は施設と市で再発防止のために取り組んでいくということを公開したかったが、保護者からは、「検証報告と提言をするのはよいが、それを報道され、また思い出すようになるのが辛い」と言われたため、保護者の心情に配慮し、市長への提言は記者発表を行わず、非公開で行った。ただ、検証報告と提言がわからないと再発防止にならないため、ホームページに掲載すること、市内全施設に共有することは保護者に伝え、理解を得た。

6. 検証実施に当たり困ったこととその理由

上述のとおり、①遺族から「検証に関わりたくない」と言われたことから、遺族への聴き取りができなかったこと、②施設長から遺族に話したことで市に報告したことの内容が違っていたため、遺族はその違いに不快感を示し、報告書を再検討することがあった。

7. 施設職員へのケア

施設が主催した保護者説明会の中で、施設を利用する保護者から、どう改善するのか具体的に知りたいという意見があった。施設職員も、改善に向けて意欲を持っていた。事案発生前の施設には、事故防止マニュアルもなく、事故防止の必要性も共有されていなかったことが明らかとなったため、

職員から、「保育の基本も分からないのに毎日仕事をしていた。保育の基本的なことも教えてほしい」「マニュアルを作成する必要があると思うが、自分達には知識がないので、市の公立の保育施設のマニュアルで支援してほしい」という声があった。

これを受け、全職員に対して、3日間に分けて市のマニュアルを説明した。事故発生から約1週間間に、職員と公立保育所の主任保育士が、マニュアルの作成に向けた話し合いを行った。その後、公立保育所で職員20名の現地研修を受け入れ、施設に市で委嘱している臨床心理士も派遣した。事故発生当初は「辞めたい」と言っていた職員もいたが、研修のグループワークの中で、保育に前向きになった職員もあり、最終的には保育の質を高めた上で施設として継続することができた。

日時	2022年11月21日（月）15:00～16:00
方法	対面・オンライン併用
参加者	自治体 E
	PwC コンサルティング合同会社

1. 検証体制

①事務局の構成

当該事例が発生した保育施設の所管課の部長、課長、課長代理、担当職員で担当し、実務は課長以下で対応した。

②検証委員会の設置までの流れ

当該事例が発生した後に、児童福祉審議会の部会として検証委員会を設置した。こどもの死亡事故は頻繁に発生するわけではなく、また、事故の種類によって選任すべき委員の専門分野が変わり得るため、事例発生を踏まえて設置することとしている。

③検証委員会の委員構成

委員は、児童福祉審議会の委員から学識経験者（教育・保育）、小児科医、弁護士を選任した他、外部有識者として、学識経験者（教育・保育）、また、昼食の食事の影響を考慮し管理栄養士を選任した。児童福祉審議会の委員であれば、平時から行政の保育対応についてもよく分かっているため、スムーズに調整できる。

2. 検証開始まで

①事故発生から検証委員会設置までの動き

速やかに検証委員会を立ち上げるための準備として、①検証体制の構築（部会の設置手続、委員の選任）と、②事実関係に関する資料作成（保育施設や保護者から聴き取り）を行った。事故発生から約2か月後に第1回の検証委員会を実施した。

②保護者とのコミュニケーション

事故発生から約1か月後には、遺族である保護者に検証実施に関する説明を行った。保護者は「しっかり検証してほしい」という反応であり、委員の選任理由への質問もあった。後日、保護者は委員会にも出席し、委員からのヒアリングを受けた。ヒアリングから、保護者にとって初めてのこどもで、大事に育てられていた様子が感じられた。保護者から資料の提供もあったが、「代理人弁護士を通さなければ対応しない」といった条件付きで示された。「行政がきちんと施設を指導していないから事故が発生した」という意識があったと感じる。

③警察の捜査情報

警察とは良好な関係を築いており、捜査の進捗など、捜査に影響がない範囲で提供可能な情報はいただいていたが、捜査に関する情報はいただいている。

3. 検証実施

①「教育・保育施設等における乳児等の睡眠中の突然死」の検証に必要な情報

死因は関係機関から情報を得ないとわからない。当該事例では、関係機関から得た情報を保護者より提供いただいた。保育従事者が何名いるか、部屋の明るさはどうだったか、呼吸チェックはしていたか、いつどのような異変に気が付いたか、どういう処置をしたか、といった観点について、施設は「対応できていた」と言うが、具体的にどのように対応していたのかを検証した。例えば、部屋の明るさでは、当該事例の発生した時期・時間にカーテンを閉めていたらこの程度の暗さになるであろうが、それでは暗くてこどもの様子を確認できなかったのではないかと、といった議論をしていた。

②睡眠中の突然死に関する施設の理解の程度・労働環境等の周辺状況の確認

施設の体制として、事故発生の少し前に辞職した職員がおり、人員に余裕がない状態であった。午睡チェックは5分おきに対応していたが、5分間付き切りでこどもを見ているわけではなく、起きたこどもの対応など、作業をしながら横目で見ていた際に異変が起きた。また、目視のみでこどもに触れて確認していなかった。

③検証に際して得られてよかった情報

死因については、司法解剖を担当した医師からも結果について話を聴くことができたので、保護者にとっても、専門家の意見が入ることで、客観性、信憑性を感じてもらえた。ただ、警察の捜査内容がわかるとなおよかった。

4. 提言をまとめる上で留意したこと

①提言のまとめ方

平時の立入調査においても、部屋の明るさがどうか、定期的な呼吸チェックをしているかを確認しており、施設も対応していたが、検証委員会において、より詳細にチェックする必要があることが指摘された。呼吸チェックは、当時レ点でチェックしていたが、矢印で顔の向きを記載する様式を作成した。様式への記載者も、一人がみていて大丈夫と言ったら他の人がレ点をつけるような場合もあったが、こどもの様子を確認した本人が記載するようにした。

②提言の実現に向けた支援等

本来であれば、検証委員会は提言を出したところで終了するが、委員会の最終回で、「今後の市の動きを市から報告する」ということとなり、提言から1年後に、提言を受けた実施内容を委員会に報告した。委員会には保護者も出席した。

5. 検証報告書の作成

①検証報告書の公開・非公開の検討

第1回委員会において、委員に報道発表の可否を尋ね、公表してほしいという要望の方が大きかったため、報道発表した。委員会自体は、第1回の一部（部会長の選出などの運営事項）は公開、それ以外は個人情報保護の観点から非公開としていた。保護者は「なぜ非公開にするのか」という反応であり、保護者が本件に関して依頼した代理人弁護士からは、「検証委員会設置の手はずを整理していれば公開とできたのではないかと」という声をいただいた。

※本報告書及び別冊の手引きは、PwC コンサルティング合同会社のホームページにて公開する。

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
事業報告書

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