

認可外保育施設等における重大事故検証報告書
(平成30年9月 認可外保育施設)

令和元年9月

茨城県認可外保育施設等における
重大事故の再発防止のための事後的検証委員会

目次

はじめに	
第1章 検証の目的及び方法	1
1 検証の目的	2
2 検証の方法	2
(1) 事後的検証委員会の設置	
(2) 事後的検証委員会の開催	
第2章 事例の概要等について	3
1 事例の概要	3
2 施設の概要	3
3 発生時の概況	3
4 発生当日までの本児の利用状況	3
5 発生時の本児の状況	4
6 本児の成育及び事故当日の家庭での状況	6
(1) 成育状況	
(2) 事故当日の家庭での状況	
7 施設の運営及び健康管理状況等について	6
(1) 保育従事者について	
(2) 健康管理について	
8 睡眠時の対応について	7
9 当該施設に対する県の指導等	7
第3章 本事例から明らかになった問題点及び課題とその分析	10
1 施設に関する点	11
(1) 健康管理について	
(2) 睡眠時の対応について	
(3) 組織運営体制	
(4) 事故防止や子どもの安全を確保するための取り組み	
2 行政の監督に関する点	11
(1) 本県における認可外保育施設に対する指導監督について	
(2) 改善指導の実効性について	
3 認可外保育施設に対する支援について	11
4 認可外保育施設を利用する保護者に対する支援について	12
第4章 提言	
1 子どもの健康状態及び発育等の情報把握	13
○提言1 施設は、利用開始時や登所時に保護者から子どもの健康状態や発育及び発達状態を確認するとともに、登所時や保育中、特に睡眠中の子どもの状態をきめ細やかに観察すること。これらについては、口頭ではなく書面や電子媒体等に記録すること。	
○提言2 自治体 [*] は、施設が保護者から子どもの健康状態及び発育等の情報について収集し、その情報を記録する書式例等を作成する。また、自治体は、施設に対してその書式例等を周知すること。	

^{*}自治体（行政）：認可外保育施設の所轄庁である茨城県、及び茨城県より所轄庁としての権限等が移譲されている市町村をいう。

2 異常の早期発見体制と異常時の即応体制の確保

13

○提言3 施設は、指導監督基準に基づき保育士や看護師等の有資格者や保育従事者の配置に係る基準を遵守するとともに、異常時に即応できるだけの体制を確保するため、有資格者や保育従事者を常時複数配置しておくよう努めること。

○提言4 施設は、保育に従事する職員による児童の睡眠時の呼吸確認など、事故が発生しやすい時の対応等に必要な知識、技術の習得に努めること。

○提言5 自治体は、施設を対象とした巡回指導や研修会の開催などにより、施設における事故の防止や事故の発生時の対応等に必要な知識、技能の習得等に係る取り組みを支援すること。

3 行政（自治体）の指導監督の徹底

13

○提言6 自治体は、指導監督基準に適合させるよう指導を徹底し、子どもの福祉に必要と認める事項については、改善状況の確認の徹底、勧告や公表などの行政処分を行うなど、施設における改善が迅速かつ十分になされるよう指導監督の徹底を図ること。

4 認可外保育施設を利用する保護者に対する情報提供体制の整備

14

○提言7 自治体は、認可外保育施設の届出情報について、ホームページ上の更新頻度を増やす、届出等の権限が移譲されていない市町村の窓口等においても必要な情報が提供されるよう体制を整備するなど、利用者に対する認可外保育施設に係る情報の提供に努めること。

○提言8 自治体は、利用者がより安全な施設が選択できるよう認可外保育施設の指導監査等の結果の公表についても検討すること。

○提言9 自治体は、子どもを亡くした保護者に対し、十分な情報提供や相談支援など、心のケアに努めること。

○参考資料

・参考資料1 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

15

・参考資料2 茨城県認可外保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会設置要項

はじめに

保育所や認定こども園などの教育・保育施設等においては、子どもの健康や安全の確保、発達の保障等に配慮しつつ運営されているところですが、国内では、毎年、教育・保育施設等における死亡事故等の重大事故が生じております。

このため、国では、これら教育・保育施設等における事故、特に、事故の発生防止等のための取組みを促進するため、平成28年3月に「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」が作成され、全国で事故の発生防止等の取組みが進められているところです。

このような中、平成30年9月に茨城県（以下「県」という）内の認可外保育施設（以下「施設」という）において死亡事故が発生し、0歳2カ月の子どもが死亡する大変痛ましい事故が発生しました。

県では、この事故を真摯に受け止め、今回の事故を検証し、必要な再発防止策を検討するため、「茨城県認可外保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会」を設置し事故を検証してまいりました。

検証にあたっては、今後このような重大な事故を予防するという視点から、施設としては、「保育従事者がどのように対応すれば事故を防げる可能性があったのか」、行政（自治体）としては、「何をすれば事故につながる要因を低減させることができたのか」に着目して検証を行ってまいりました。

本検証の結果は、今回の事故が、認可外保育施設における事故であることから、特に認可外保育施設の運営や行政（自治体）に携わる方々に対して、今後の事故防止に活かしていただくことを目的に提言を行っておりますが、認可外保育施設以外の教育・保育に携わるすべての人々におかれましても、この保育事故が与えてくれる教訓を共に心に深く留め、改めて教育・保育の環境を検証し、今後の子どもの健康や安全が確保される教育・保育環境づくりに努めていただくよう切に願います。

第1章 検証の目的及び方法

1 検証の目的

平成30年9月1日（土曜日）に、県内の認可外保育施設において、0歳2カ月の男児が死亡した事故（以下「本事例」という）について事実関係を把握し、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こと。

なお、検証については、事故発生の事実把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するためのものであり、関係者の処罰を目的とするものではない。

2 検証の方法

(1) 事後的検証委員会の設置

平成28年3月31日付け府子本第191号等内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）等通知「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」により、地方自治体が行う死亡事故等の重大事故の検証を実施する際の基本的な考え方、検証の進め方等が示され、認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業において死亡事故等の重大事故が発生した場合、都道府県（指定都市、中核市を含む）が実施主体となって検証を行うこととされた。

このような背景のもと、平成30年9月1日に本事例が発生し、この事故について、県が検証を行うこととなった。そこで、新たに「茨城県認可外保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会」を設置、学識経験者、医師、弁護士、保育関係者等、教育・保育施設等に係る知見を有する有識者で構成される茨城県社会福祉審議会及び茨城県少子化対策審議会委員から委員を委嘱し、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、必要な再発防止策の検討を行うこととした。

○事後的検証委員会委員

(敬称略)

No.	選任分野	氏名	所属団体・役職名	備考
1	学識経験者	江尻 桂子	茨城キリスト教大学（教授）	社会福祉審議会委員 少子化対策審議会臨時委員
2	学識経験者	坂場 洋一	元県筑西児童相談所長 リリーこども&スポーツ専門学校講師	社会福祉審議会臨時委員
3	医師 (医療関係者)	中山 久美子	茨城県医師会（常任理事）	社会福祉審議会委員
4	弁護士 (司法関係者)	石橋 真一	茨城県弁護士会	社会福祉審議会委員 少子化対策審議会臨時委員
5	保育関係者	清水 敏孝	茨城県保育協議会（顧問）	前社会福祉審議会委員 前少子化対策審議会委員

(2) 事後的検証委員会の開催

開催回	開催日	議事内容
第1回	平成30年12月27日	・委員長選出 ・検証の目的、方法、スケジュールの確認 ・事例の概要の把握（発生状況、県の監査・指導内容等）
第2回	平成31年3月13日	・問題点・課題の抽出及び提言の検討
第3回	令和元年7月8日	・委員会報告書素案の検討
第4回	令和元年8月29日	・委員会報告書のとりまとめ

※茨城県情報公開条例第7条第2項及び第3項に定める不開示情報が含まれる事項について審議することから、非公開で開催された。

第2章 事例の概要等について

1 事例の概要

平成30年9月1日（土曜日）午前3時30分頃、県内の認可外保育施設（以下「当該施設」という）において、0歳2カ月の男児（以下「本児」という）を母親が迎えに当該施設を訪れた際、本児が冷たくなっていたことが判明、病院に救急搬送されたが同日午前4時45分に死亡が確認された。本児の死因は、警察による司法解剖にもかかわらず、特定されておらず、病理検査中である。

なお、児童福祉法施行規則第49条の7の2により、「認可外保育施設の設置者は、事故が発生した場合は、速やかに当該事実を都道府県知事に報告しなければならない。」とされているが、本事例について施設からの事故報告はされなかった。

このため、以下に示す本事例の概要は、設置者兼施設長（以下「施設長」という）や施設職員、保護者などの当事者及び関係機関への聞き取り、照会結果にもとづくものである。

2 施設の概要

施設種別	認可外保育施設（ベビーホテル） ^{※1}
設置者	個人
建物の構造	鉄骨3階建の2階（保育室、乳児室、便所）
開所時間	24時間
定員（届出） ^{※2}	25名（0歳：4名、1歳：5名 2歳～5歳：16名）
職務に従事している職員の配置 （H30.8月時点）	3名（施設長外2名）（いずれも無資格者）

※1 ベビーホテルとは、次のいずれかを常時運営している施設

ア 夜8時以降の保育 イ 宿泊を伴う保育 ウ 利用児童のうち一時預かりの児童が半数以上

※2 H30.8立入調査時聞き取りによると預かり人数は、1日5～6名（全て一時預かり）とのこと。

3 発生時の概況

発生（異常覚知）日時	平成30年9月1日（土曜日）午前3時30分又は午前3時40分頃	
当日の気象状況	曇時々晴一時雨（前日18:00～当日6:00） 最高気温27.1℃ 最低気温21.6℃ 平均気温23.7℃ 降水量7.5mm	
発生時の利用状況	利用人数	3名
	利用時間	利用児童① 0歳児（本児）：前日20:15～ 利用児童② 0歳児：前日20:30～1:30 利用児童③ 2歳児：前日21:00～
発生時の職員配置状況	1名（施設長：無資格者）	
発生場所	保育室	

4 発生当日までの本児の利用状況

保護者によると本児は、平成30年8月半ば頃から（施設長の話では、平成30年8月11日から）週2～3日程度の頻度で、合計10回程度、預けていたとのこと。預ける時間は19:00～翌4:00ぐらいが多かったとのことである。

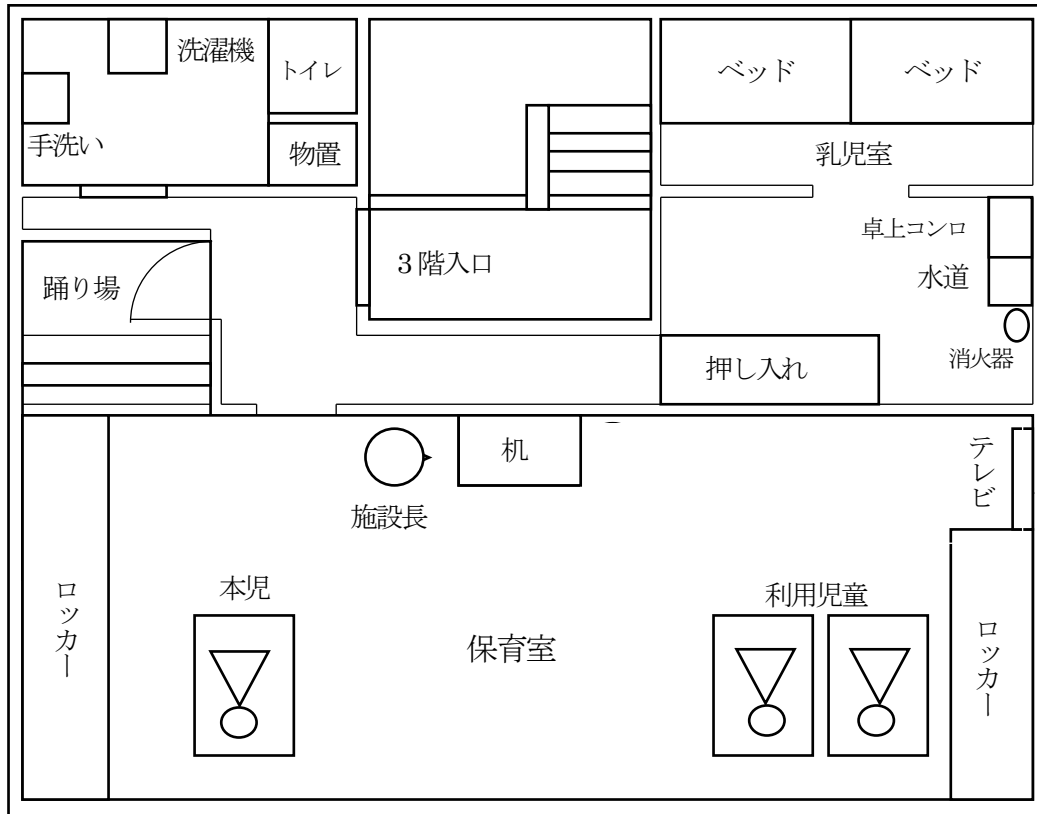
5 発生時の本児の状況

時間	内容
8月31日	
19:00 少し前	職員出勤。当該施設に児童なし。施設長外出
20:15 頃	本児及び荷物（おむつ、ミルク、おもちゃ、タオル、着替え）を保護者から預かる。保護者から、ミルクを与えた直近の時間を確認。本児の体調不良等について特段の申し出はなかった
20:30 前後	利用児童②を預かり
21:00 前後	利用児童③を預かり
21:30 前後	本児を布団に寝かしつける うつぶせ寝（顔は横に向けた状態）で落ち着いて寝る様子のため、顔が下向きにならないように注視しつつ、うつぶせ寝を継続
22:00 頃	消灯。利用児童②、③は本児と離れた場所に寝かしつける
22:00 過ぎ	施設長が帰着 職員から、本児について「今日はおとなしい様子」「うつぶせ寝で落ち着いて寝られる様子」「23:00 頃がミルクを与える頃合い」と施設長へ情報を伝達
22:30 又は 22:40 頃	職員退勤
23:00 頃	施設長がミルクを飲ませようとするも、本児は飲まず本児を横向きに寝かせた
9月1日	
0:00 頃	施設長が本児にミルクを飲ませる
0:30 頃	本児がうつぶせ寝になっていたため、横向きに直した
1:30 頃	他の児童の保護者が迎えに来た
3:30 又は 3:40 頃	保護者が本児を迎えに当該施設を訪れる。本児はうつぶせだった。 施設長が本児を抱き上げたときに、冷たい（顔色が変わっていた（半分紫色））ことに気がつき、施設長から保護者が救急車を呼ぶよう言われ、保護者が消防へ救急要請
3:53	消防の現場到着 本児は心肺機能停止状態であった
4:11	本児を搬送した救急車両が医療機関へ到着
4:45 頃	医療機関において死亡確認
9月2日	司法解剖により死因特定できず

※ 以上、施設長及び職員、保護者、警察からの聞き取りにより作成。

※ 以上、警察からの聞き取り及び救急搬送記録により作成。

○図1 現場見取り図



※ 上記見取図は、「認可外保育施設設置届」及び施設長からの聞き取りに基づき作成

6 本児の成育及び事故当日の家庭での状況

(1) 成育状況

保護者の話によると、本児は難産であり、病院に母子搬送され出産。

出生時の体重は3,200g～3,400g程度であり、医師から健康上の問題等について特に指摘はなかったとのこと。

比較的良好に泣く子であった。ミルク（母乳）はよく飲んだ。家での睡眠時は、母親の上でうつぶせ寝で寝ていたとのことであった。

(2) 事故当日の家庭での状況

事故当日は、お昼ごろ起きた。入浴後に昼寝（17:00～18:30頃まで）19時頃ミルク（母乳）をあげた。健康上特に問題はなかったとのこと。

7 施設の運営及び健康管理状況等について

(1) 保育従事者について

① 保育従事者の人数について

認可外保育施設指導監督基準（以下「指導監督基準」という）によれば、1日に保育する乳幼児の数が6人以上の施設の場合、保育に従事する者の数は、主たる開所時間である11時間（児童数が多い11時間）については、概ね児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和23年厚生省令第63号。（以下「児童福祉施設運営基準」という）第33条第2項に定める数以上であること。ただし、2人を下回ってはならないこととされている。

また、11時間を超える時間帯についても、現に保育されている児童が1人である場合を除き、常時2人以上配置することとされているが、当該施設においては、事故発生時間帯において、施設長が1人で本児の外2名（計3名）を預かっていた。

【参考】児童福祉施設運営基準第33条第2項に規定する数

- ・乳児 乳児 3人につき保育に従事する者1人
- ・1, 2歳児 幼児 6人につき保育に従事する者1人
- ・3歳児 幼児 20人につき保育に従事する者1人
- ・4歳児以上 幼児 30人につき保育に従事する者1人

② 有資格者（保育士又は看護師（准看護師を含む）の確保について

指導監督基準においては、保育に従事する者の概ね3分の1以上は、保育士又は看護師（准看護師を含む。）の資格を有する者である旨規定されているが、事故発生当日、本児に関わった2名（うち1名は施設長）はいずれも無資格者であった。

(2) 健康管理について

① 利用開始時の健康状態等の確認について

職員によると、初回利用の際には、保護者の職業・連絡先・子どものアレルギー等を記載するカルテを作成するとのことであったが、図2のとおり、非常に簡易な様式でほとんどの記載事項欄は空欄であった。

本児の特徴について、施設長及び職員は、他の子どもと比べて比較的良好に泣く子であり、抱っこすると泣き止む、横向きに寝かせると落ち着いて寝るという点をあげていた。

○図2 施設の利用状況管理様式（カルテ）

平成 年 月 日 ()		○○施設 臨時入園	
ふりがな 子ども名	生年月日 H 年 月 日 満 才	○○施設を何でお知り になりましたか？	
本籍			
現住所			
勤務先	名前	勤務先名	電話番号
	父		
	母		
連絡先	TEL	保 険 証 有 り 無 し	(備考)
	TEL	身 分 証 明 書 有 り 無 し アレルギー・持病 (詳しく記入)	

② 登園時の健康状態等の確認について

事故発生当日、本児の預かり時に対応した職員によると、母親からミルクを与えた直近の時間を確認はしたが、その他、本児の体調不良等について母親から特段の申し出はなかったとのこと。

また、職員から施設長に、本児について口頭で「今日は珍しくおとなしい様子」「うつぶせ寝で落ちて寝られる様子」「23:00頃がミルクを与える頃合い」であること伝えていた。

その他、検温、排便等についても記録簿等は確認できなかった。

当該施設においては、保護者との連絡帳や職員間の記録簿等は無く、確認や引継ぎは口頭で行なっていたとのことであった。

8 睡眠時の対応について

本事例においては、上述のとおり、本児が「うつぶせ寝で落ちて寝られる」様子のため、顔が下向きにならないように注意しつつ、うつぶせ寝を継続していたとのこと。職員から施設長への引継ぎの際も、口頭で「うつぶせ寝」を伝えている。

施設長からも「今までは子どもは仰向きと思って仰向きに寝かせていたが、その日は教わったとおりにうつぶせ寝（顔は横向き）にした」との発言があった。

睡眠時の子どもの状態の確認については、施設長によると1時間ごとに1度は確認するようにしていたとのこと。また、マニュアル等書面はないが、また、口頭ではあるが頻繁に職員間で確認していたとのことであった。※

しかしながら、事故当日の本児への睡眠時の確認状況について、記録はなく、施設長から県と警察がそれぞれ聴取したが、当該施設の確認頻度や回数は判然としない。

なお、過去には子どもの寝る場所を分けていたが、消灯後薄暗いところですべての子どもに目が行き届くように、寝る場所をまとめたとのことであった。

※ 当該施設の壁面には、「子どもが眠っている時は目を離さないでね」という国の作成によるミニポスターが複数枚掲示されていた。これは睡眠中の事故防止のため、子どもの呼吸・表情の変化や、顔色などがいつでも確認できる環境で寝かせるよう記したものである。

9 当該施設に対する県の指導等

県では、施設長が児童福祉法第59条の2の規定に基づき認可外保育施設設置届を届け出た平成24年度以降、以下のような指導を継続的に行ってきた。

なお、平成24年度は県の出先機関である福祉相談センター県央福祉事務所が立入調査を行い、立入調査の権限が保健福祉部福祉指導課福祉監査室に移行した平成25年度からは同室が立入調査を行っていた

が、状況が改善されないことから、平成 28 年度からは、届出事務等を所管する保健福祉部子ども家庭課（現：子ども未来課）が改善指導を行っている。

(1) 平成 24 年度～平成 27 年度

○指導監督基準に基づく立入調査を年 1 回実施。各年度とも指導監督基準を満たしていないため、概ね以下の内容について継続的な指導を行ってきた。（口頭指摘事項は省略）

【文書指摘事項】

- ・ 保母資格はあるが保育士登録がされていない者について、至急保育士登録を行うこと。
- ・ 無資格者のみでの保育の時間帯があるため、常時、保育士等の資格を有する者を配置すること。
- ・ 避難訓練は毎月実施し、その記録簿を作成すること。
- ・ 保護者の緊急連絡先の整備が不十分なため、整備すること。
- ・ 身長や体重の測定など、基本的な発育チェックを毎月定期的に行うこと。
- ・ 乳幼児の健康診断について、入所時及び 1 年に 2 回の健康診断を実施するか、母子健康手帳等の写しの提出を受け、乳幼児の健康状態の確認を行うこと。
- ・ 職員の健康診断を採用時及び 1 年に 1 回実施するか、個人で受診した健康診断書の写しの提出を求め、施設で保管すること。
- ・ 調乳に携わる職員は、おおむね月 1 回検便を実施すること。
- ・ 提供するサービス内容を利用者の見やすいところに掲示すること。
- ・ 利用者と利用契約が成立した時は、その利用者に対し、所定の契約内容を記載した書面を交付すること。
- ・ 職員の状況を明らかにする帳簿等（労働者名簿、賃金台帳、雇用に関する重要な書類等）を整備すること。

(2) 平成 28 年度

○これまでの指導経緯を踏まえ、重点的に指導を行ってきた子どもの生命・安全に大きな影響を及ぼす、保育従事者数及び有資格者の数について、可及的速やかな改善の必要があることから、改善勧告等の行政処分も視野に入れて、「是正改善報告書」の提出を指示。内容は以下のとおり。

【特に改善を要する事項】

- 1 常時、保育従事者は複数配置すること（ただし、主たる開所時間を超える時間帯においては保育する乳幼児数が 1 人である場合を除く。）。
- 2 乳幼児に対して必要な保育従事者のうち、3 分の 1 以上は有資格者を確保すること。なお、主たる保育時間を超える時間帯において保育する乳幼児が 1 人であり、保育従事者が 1 人となる場合は有資格者を配置すること。
また、上記 2 事項が改善されるまでは、乳幼児を受け入れないこと。

○是正改善報告書の提出指示に対し、雇用契約書及び保育士資格証の写しの提出があり、有資格者を雇用していることを確認。一定の改善が見受けられたが、保育従事者数及び有資格者の数について、指導監督基準を満たしていない状態が続いていることから、継続的に指導。

(3) 平成 29 年度

- 前年度までの指導を踏まえ、引き続き、利用児童数の状況や、保育従事者及び有資格者の確保・勤務状況などについて、随時の立入調査、電話による確認などを行った。
- 複数名の保育従事者を確保していたものの、有資格者の数は不足していることを確認。有資格者の採用に向けた面接を実施しているなど、施設において改善に向けた取り組みが見受けられたことから、継続的な指導を実施することとし、行政処分等、施設の運営に係る具体的な制限については行っていない。

(確認内容)

- ・利用児童数：月決め契約3名及び一時預かり5～7名程度。
- ・保育時間：月～土 朝8:30～深夜0:00 日曜日も営業。
- ・保育従事者数：保育従事者は4～6名。うち資格保有者は1～2名。(採用に向け面接を実施)

(4) 平成30年度

○是正指導等の前年度までの指導を踏まえるとともに、保育従事者及び有資格者の適正配置が確認できない状況が継続しているため、行政処分を視野に入れ施設への立入調査を実施。利用児童数や保育従事者及び有資格者の数及び勤務状況などを確認するとともに、実態把握のための報告書の提出や、期限を設定したうえで、有資格者の確保に向けた具体的な取組方策及びその結果についての報告を求めるなどの指導を行った。

(確認内容及び指導事項)

- ・利用児童数：月決め契約者なし。一時預かり5～6名程度。
- ・営業時間：月～土、日曜日は原則休業。
- ・保育従事者数：4名（保育士1名、無資格者3名（施設長を含む））
- ・指導内容：
 - ・保育従事者は営業時間中、原則2名以上としかつ有資格者1名以上を配置すること。
 - ・預かり児童数及び預かり時間、保育従事者の勤務状況及び募集状況を報告すること。

○改善に向けた指導対応を強化し始めた矢先、本事例が発生。施設長から県へ廃止届が郵送される。

第3章 本事例から明らかになった問題点及び課題とその分析

1 施設に関する点

(1) 健康管理について

① 利用開始時の健康状態の確認について

当該施設においては、初回利用の際に、保護者の職業・連絡先・子どものアレルギー等を記載するカルテを作成するとのことであったが、実際確認できたものは、施設の壁面に掲示している非常に簡易な様式のものであり、ほとんどの記載事項欄は空欄であった（前掲）。

子どもの健康と安全を図るうえで、とりわけ、産後休業明けから入所する子どもについては、抵抗力が弱く感染症に罹患しやすいこと等を踏まえ、生命の保持と情緒の安定に配慮した細やかな保育が必要である。

一人ひとりの発育及び発達状態や健康状態についての適切な判断に基づく保健的な対応を行うため、母子健康手帳等で子どもの生育歴に関する情報を把握し記録しておく必要があった。

② 登所時・保育時の健康状態の確認について

当該施設においては、検温、排便等についても記録簿等は確認できず、保護者との連絡帳や職員間の記録簿等は無かった。したがって、保護者と職員間及び職員間の子どもの健康状態の確認やこれら情報の引継ぎは、口頭でのみ行われていた

このため、保護者から子どもの状態の報告を受けるため連絡帳などを活用するなど、保護者からの情報とともに、登所時及び保育中を通じて、体温、排便、食事、睡眠、表情、皮膚の異常の有無や機嫌等についての健康状態を観察し、記録しておく必要があった。

(2) 睡眠時の対応について

当該施設においては、子どもは仰向けに寝かせることの必要性を認識しつつも、本児がうつぶせ寝で落ちて寝られる様子であることから、顔が下向きにならないように注意しつつ、うつぶせ寝で寝かせたままにしていた。

また、睡眠時の呼吸確認については、マニュアル等があったわけではないが、1時間ごと1度は確認するようにしており、その旨は、口頭で頻繁に職員間で確認していたとのことであったが、事故当日の本児睡眠時の確認頻度や回数は不明である。

保育所等において、死亡等の重大事故が特に発生しやすい場面は、「睡眠中」である。睡眠中の事故防止の注意事項として、医師の指示がある場合を除き、乳児は顔が見えるよう仰向けに寝かせ、定期的に子どもの呼吸・体位・睡眠状況を確認することとされている。特に施設に預け始めの時期は注意が必要であり、これらについて事故防止の観点から、定期的に睡眠中の子どもの顔色や呼吸の状況を確認し記録しておくことが必要であった。

(3) 組織運営体制

当該施設においては、指導監督基準を満たした人員が配置されていなかった。

特に職務に従事している職員が帰宅し、施設長のみとなった深夜の時間帯は、無資格の施設長が1人で長時間にわたり3名の乳幼児を保育している状況であり、常時、子どもの状況を細かく把握し対応することは困難であったと考えられる。

乳児は疾病への抵抗力が弱く、心身の機能の未熟さに伴う疾病の発生が多いことから、常に心身の状態を細かく観察することが必要であり、疾病や異常を発見した場合は、速やかに適切な対応を行うことが必要である。とりわけ、乳〔幼〕児突然死症候群（SIDS）の予防の観点から、睡眠中の子どもの顔色や呼吸の状況を観察することが必要である。また、緊急事態には、子どもの看護や関係機関への連絡等の対応が必要であることから、人員は常時複数配置しておくことが必要であった。

(4) 事故防止や子どもの安全を確保するための取り組み

県では平成 29、30 年度に、認可外保育施設等の職員を対象とし、事故防止、事故の発生時の対応等に必要な知識、技術の習得等を目的とした「保育施設等事故防止研修会」を実施していたが、当該施設からの参加者はなかった。

当該施設は、保育士等の有資格者の配置、県等が実施する研修会に職員を参加させ、事故の発生時の対応等に必要な知識や技術について習得し、施設自らも他の職員に伝えるため研修を実施するなど、保育現場における事故防止や安全対策を確保するため取り組みが必要であった。

2 行政の監督に関する点

(1) 本県における認可外保育施設に対する指導監督について

本県における認可外保育施設に対する指導監督については、国による「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 日付け雇児発第 177 号厚生労働省雇用均等・子ども家庭局長通知）及び県による「茨城県認可外保育施設指導監督実施要項」等に基づき実施している。

立入調査については、通常の立入調査と特別立入調査があり、通常の立入調査は実施計画を策定した上で一定の間隔で実施している（ベビーホテルの場合は毎年）。また、特別立入調査は運営等に重大な問題を有する施設等を対象に随時実施するものである。

本県では、通常の立入調査については、保健福祉部福祉指導課福祉監査室が行い、特別立入調査については、認可外保育施設の届出等に係る事務を所管する保健福祉部子ども政策局子ども未来課が行うこととしている。

なお、本県においては、届出受理等に係る事務及び立入調査等に係る事務について、市町村に権限の移譲を進めており、平成 30 年度現在、届出受理等に係る事務については 25 市町村、立入調査等に係る事務については 32 市町村に権限が移譲されている。

本事例については、届出受理等に係る事務及び立入調査等に係る事務がいずれも権限移譲されていない市に存する施設において発生した事故である。

指導監督方法については、平成 17 年 1 月 21 日付け雇児発第 0121002 号厚生労働省雇用均等・子ども家庭局長通知「認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書の交付について」の別表評価基準に基づき、一部独自の確認事項を追加した調書を県の「認可外保育施設指導監督実施要項」に定めている。

具体的には、立入調査時に県職員（認可外保育施設に対しては通常 2 名で対応）が確認を行い、基準に適合していない事項については、施設側に対し口頭又は文書指摘を行っており、改善報告を求める指摘事項については、概ね 1 か月を期限として改善報告書の提出を施設に求めているが、ベビーホテルにあっては、次の立入による改善の確認は 1 年後となっている。

しかし、子どもの生命・安全に関わる事項については、速やかに再度の立入調査を行い、状況改善の確認をするなど、施設における改善が迅速かつ十分になされるような運用にすべきである。

(2) 改善指導の実効性について

認可外保育施設に対して、都道府県知事は、子どもの福祉のため必要と認めるときは、施設の設置者に対し、施設の設備又は運営の改善その他についての勧告、当該勧告に施設の設置者が従わない場合の公表、事業の停止などの行政処分ができることとされている。

県が立入調査時に基準に適合していない旨確認した事項について、施設側に対し口頭又は文書指摘を行い、繰り返し指導したにも関わらず、改善が認められない施設や子どもの生命・安全に影響を及ぼしかねないような施設に対しては、県は、法令等に基づく行政処分等により、改善指導の実効性を確保することも留意すべきである。

3 認可外保育施設に対する支援について

本県では、認可外保育施設の職員を対象とし、事故防止、事故の発生時の対応等に必要な知識、技術の

習得等を目的とした「保育施設等事故防止研修会」を実施しているが、当該施設においては、この研修に1度も参加していなかった。

施設によっては、日程の関係や人員に研修に派遣するだけの余裕がないなどの理由で、研修を受講させることができないことも考えられる。これらについても改善に向けた検討が必要である。

4 認可外保育施設を利用する保護者に対する支援について

県では、認可外保育施設の情報については、県ホームページで掲載しているが、年に1度（各年度末現在）情報を更新しているのみであり、認可外保育施設を利用しようとする保護者が掲載先を見つけることも容易でない。

市町村の窓口等においても、認可外保育施設に関する情報提供が十分でないこともあるため、認可外保育施設に係る情報提供については県と市町村の両者が改善を図っていく必要がある。

また、重大事故等に関して、保護者に対する相談支援や心のケアが必要と判断された場合には、相談窓口等の情報提供を行う必要がある。

第4章 提言

本事例については、現時点では、司法解剖による結果も出ておらず、死因は「不明」の状態にあり、事故を検証する資料も多くはない。

しかしながら、本検証委員会では、今後の重大事故の発生防止という視点から、死亡原因そのものを議論するよりも、施設としては、「保育従事者がどのように対応すれば事故を防げる可能性があったのか」、行政（自治体）としては、「何をすれば事故につながる要因を低減させることができたのか」に着目して検証を行った。

本事例は、認可外保育施設における事故であることから、認可外保育施設や行政（自治体）に対する提言となっているが、今後、認可保育所や認定こども園等で類似の事故が起きないように、これら施設の運営や指導監督に携わる者も、教訓として、以下の提言を活かしていただきたい。

1 子どもの健康状態及び発育等の情報把握

保育においては、子どもの健康と安全を図るため、子どもの健康状態、発育及び発達状態について、定期的・継続的に、また、必要に応じて随時、把握することが肝要である。これにより事故防止はもとより、慢性疾患や障害、不適切な養育等の早期発見につながる。施設は、子どもの健康状態及び発育等の情報を把握し、子どもの健康や安全管理に努めること、特に睡眠中の事故防止の観点から定期的に子どもの呼吸・体位・睡眠状況を確認し記録することに努めることは大切である。

以下、提言として、

- 提言 1 施設は、利用開始時や登所時に保護者から子どもの健康状態や発育及び発達状態を確認するとともに、登所時や保育中、特に睡眠中の子どもの状態をきめ細やかに観察すること。これらについては、口頭でやりとりをするだけでなく、書面や電子媒体等に記録すること。
- 提言 2 自治体は、施設が保護者から子どもの健康状態及び発育等の情報について収集し、その情報を記録する書式例等を作成する。また、自治体は、施設に対してその書式例等を周知すること。

2 異常の早期発見体制と異常時の即応体制の確保

子どもの健康と安全を図るためには、施設は、異常時に即応できる人員体制のほか、事故防止や、子どもの安全を確保するための取り組みを推進することが重要である。

以下、提言として、

- 提言 3 施設は、指導監督基準に基づき保育士や看護師等の有資格者や保育従事者の配置に係る基準を遵守するとともに、異常時に即応できるだけの体制を確保するため、有資格者や保育従事者を常時複数配置しておくよう努めること。
- 提言 4 施設は、保育に従事する職員による児童の睡眠時の呼吸確認など、事故が発生しやすい時の対応等に必要な知識、技術の習得に努めること。
- 提言 5 自治体は、施設を対象とした巡回指導や研修会の開催などにより、施設における事故の防止や事故の発生時の対応等に必要な知識、技能の習得等に係る取り組みを支援すること。

3 行政（自治体）の指導監督の徹底

本事例の施設においては、当該施設が「認可外保育施設設置届」の届出を行った平成 24 年度の最初の県の立入調査の時点から、毎年度、保育従事者や有資格者の人数などが指導監督基準を満たしていない事項について文書による指摘を受けていたが、これらは改善されなかった。

以上を踏まえれば、自治体は、保育従事者数が基準に満たない、定期的に睡眠中の子どもの状況を確認していないなどの状態が恒常化し、子どもの生命・安全の確保が懸念される施設に対しては、事務的形式的になりかねない指導を繰り返すのではなく、改善状況を確認するための立入調査等を速やかに実施する必要がある。

また、施設における改善が迅速かつ確実に履行されるよう、法に基づく勧告や公表、事業の停止や施設閉鎖の命令などの厳正な行政処分を行い、改善指導の実効性を担保することが重要である。

このため、実施計画を策定した上で年又は隔年に1回程度の頻度で立入調査を実施する保健福祉部福祉指導課福祉監査室は、施設がたび重なる指摘にもかかわらず改善を図っていない場合は、運営等に重大な問題を有する施設等を対象とする特別立入調査を行う保健福祉部子ども政策局子ども未来課へ適時適切に情報提供を行うなど連携を密にし対応する必要がある。

以下、提言として、

- 提言6 自治体は、指導監督基準に適合させるよう指導を徹底し、子どもの福祉に必要と認める事項については、改善状況の確認の徹底、勧告や公表などの行政処分を行うなど、施設における改善が迅速かつ十分になされるよう指導監督の徹底を図ること。

4 認可外保育施設を利用する保護者に対する情報提供体制の整備

認可外保育施設については、児童福祉法第59条の2に基づき、事業開始時に届出ることとされているが、当該届出が提出されているか否かなど利用者が必要な情報を得ることが難しい状況となっている。

これらを改善し、利用者の視点に立った情報の提供に努めること。

また、利用者がより安全な施設が選択できるよう認可外保育施設の指導監査等の結果を公表することについても検討すべきである。

また、子どもを亡くした保護者は、自治体とのつながりのほか、周囲の友人、知人等との関りをなくしてしまい、孤立する可能性がある。このため、以前、つながりのあった母子保健担当部署をはじめ、自治体の関係部署は、保護者に対する必要な情報提供に努め、保護者が支援のないまま孤立することがないよう取り組むべきである。

以下、提言として、

- 提言7 自治体は、認可外保育施設の届出情報について、ホームページ上の更新頻度を増やす、届出等の権限が移譲されていない市町村の窓口等においても必要な情報が提供されるよう体制を整備するなど、利用者に対する認可外保育施設に係る情報の提供に努めること。
- 提言8 自治体は、利用者がより安全な施設が選択できるよう認可外保育施設の指導監査等の結果の公表についても検討すること。
- 提言9 自治体は、子どもを亡くした保護者に対し、十分な情報提供や相談支援など、心のケアに努めること。

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 殿
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

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児教育課長
（印影印刷）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長
（印影印刷）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局職業家庭両立課長
（印影印刷）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課長
（印影印刷）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長
（印影印刷）

教育・保育施設等における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。

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、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

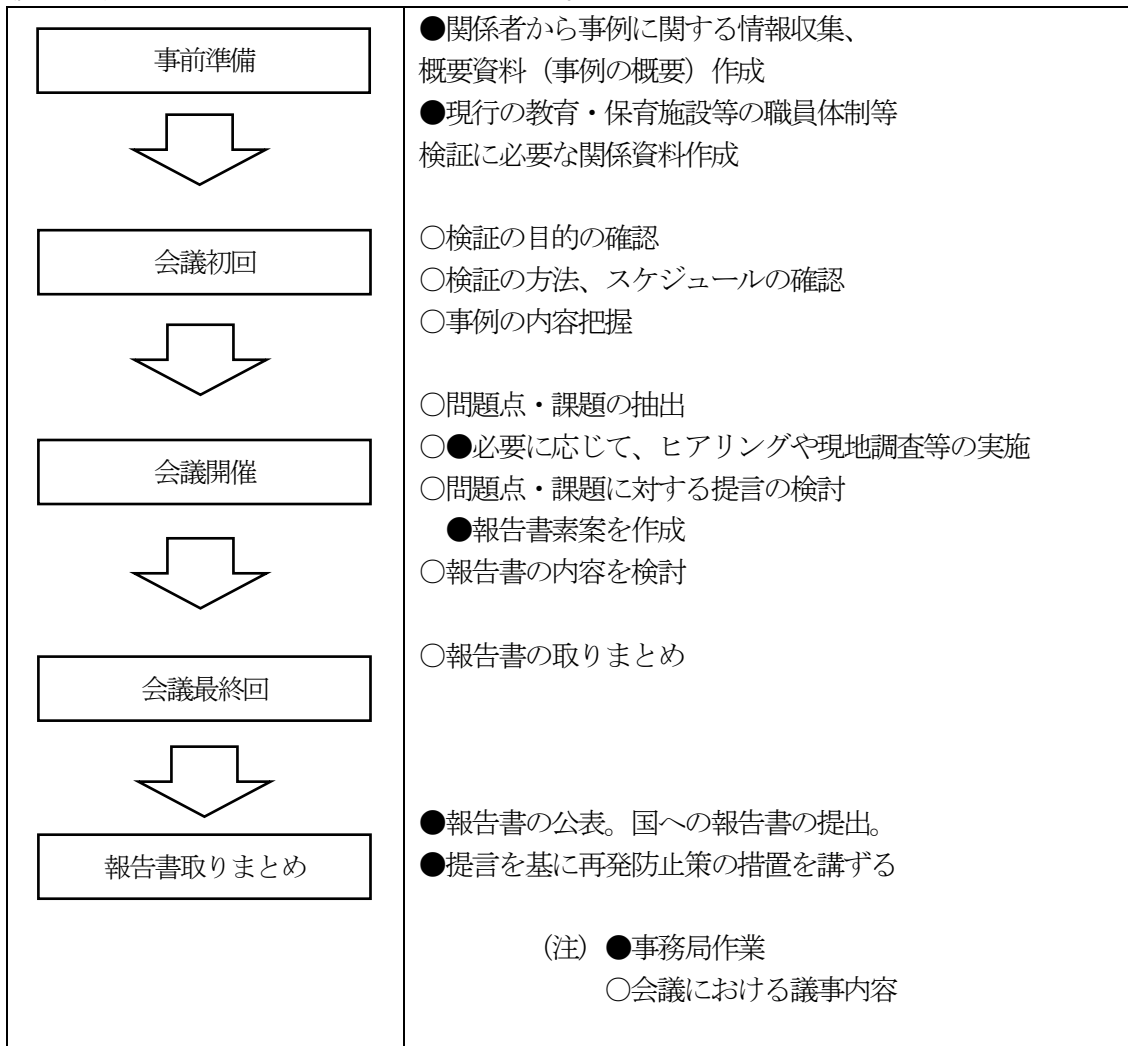
施設・事業	指導監査等の実施主体	根拠法	監査指針等
・特定教育・保育施設 ・特定地域型保育事業	市町村	子ども・子育て支援法	子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等の指導監査について（平成27年12月7日府子本第390号、27文科初第1135号、雇児発1207第2号）
幼保連携型認定子ども園（*）	都道府県 指定都市 中核市	認定子ども園法	「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律に基づく幼保連携型認定子ども園に対する指導監査について」（平成27年12月7日府子本第373号、27文科初第1136号、雇児発1207第1号）
保育所（*）	都道府県 指定都市 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日雇児発第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、幼保連携型認定子ども園及び保育所については、都道府県と市町村の双方が指導監査等を実施することになるが、この場合、都道府県と市町村は互いに連携して指導監査等を実施する。

- (2) 第2の1(1)の情報収集については、死亡事故等の重大事故の発生前までに実施した指導監査等の状況及び当該事故に係る指導監査等の結果を活用し、事実関係を整理する。
- (3) 死亡事故等の重大事故が発生した各施設・事業に対する当該事故後の指導監査等においては、当該事故と同様の事故の再発防止策がとられているか等、検証結果を踏まえた措置等についても確認すること。

(参考) 検証の進め方の例

検証は、下記の図のような流れで実施する。



茨城県認可外保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的検証委員会設置要項

(目的)

第1条 茨城県内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。)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の事後的検証委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、前項の目的を達成するため、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 茨城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、問題点及び課題の抽出を行うこと。
- (2) 事故の問題点及び課題を踏まえ、実行可能性を勘案しつつ、再発防止のための提言をまとめ、茨城県に報告すること。
- (3) その他目的達成に必要な事項に関すること。

(委員会の構成員等)

第3条 委員は、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5名をもって構成する。ただし、専門的な知見が必要な事案については、臨時に委員を選定できるものとする。

2 委員の任期は、2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。

(委員長)

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 委員長は、必要に応じて委員会に委員以外の出席を求め、又は他の方法で意見を聴くことができる。

5 委員長に事故があるとき又は委員長がかけたときは、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。

6 委員長の任期は、委員としての任期と同じとする。

(関係者の意見聴取)

第5条 委員会は、必要により議事に関係のある者の意見及び説明を聴取することができる。

(委員会の公開)

第6条 委員会は、個人情報保護の観点から原則として非公開とする。ただし、委員長が公開すべき事項として委員会に諮り、承認を受けた事項については、公開することができる。

(守秘義務)

第7条 委員は、正当な理由なく、その職務上知り得た秘密を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。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、保健福祉部子ども政策局子ども未来課において行う。

(その他)

第9条 この要項に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は別に定める。

付 則

- 1 この要項は、平成30年12月12日から施行する。
- 2 第3条第2項の規定にかかわらず、この要項制定後、最初に選任される委員については、任期を平成32年3月31日までとする。