

特定教育・保育施設等重大事故再検証
報告書

(令和3年10月私立認可保育園)

令和8年3月

岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会

目 次

はじめに

第1章 検証の目的及び方法

- | | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | 検証の目的 | 1 |
| 2 | 検証の方法 | 1 |
| | (1) 委員会の設置 | |
| | (2) 委員の構成 | |
| | (3) 岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会の開催 | |
| 3 | 再検証の目的 | 2 |
| 4 | 再検証の方法 | 2 |
| | (1) 調査方法 | |
| | (2) 再検証の委員構成 | |
| | (3) 岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会の開催 | |

第2章 事案の概要等について

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | 事案の概要 | 3 |
| 2 | 施設の概要 | 3 |
| | (1) 本施設の概要 | |
| | (2) 職員体制 | |
| | (3) 在園児 | |
| 3 | 事案発生当時の保育状況 | 4 |
| | (1) 事案発生当時の登園児数及び保育士配置状況 | |

第3章 検証報告書との相違点等について

- | | | |
|---|-----------------------------------|----|
| 1 | 検証報告書との相違点 | 5 |
| 2 | 事案発生当時の保育状況 | 5 |
| | (1) 警察の捜査報告書に基づく時系列 | |
| | (2) 当初作成した、本児と2歳児を担当する保育士等の時系列の動き | |
| | (3) 当初作成した、園庭での保育士の状況 | |
| 3 | 本遊具について | 16 |
| | (1) 設置時期 | |
| | (2) 本遊具発注時の園の考え方 | |
| | (3) 柵の設置時期 | |
| | (4) 使用方法 | |
| | (5) 維持管理（点検） | |
| | (6) これまでの遊具事故等 | |
| | (7) 岡山市（委託）による遊具点検 | |
| | (8) 本遊具に対する危険予測等 | |
| | (9) 事故後の遊具使用 | |

| | |
|---------------------------------|----|
| 第4章 本事案における課題の抽出と分析 | |
| 1 当日の保育に関すること | 20 |
| (1) 園庭での保育活動 | |
| (2) 安全確保 | |
| 2 保育体制に関すること | 21 |
| (1) 保育士の配置について | |
| (2) 重大事故発生時の対応について | |
| 3 遊具に関する事故防止及び安全対策に関すること | 21 |
| 4 危機管理研修の実施に関すること | 22 |
| 第5章 再発防止策の提言 | |
| 【提言1】子どもの発達視点に基づいたリスク管理の在り方について | 23 |
| 【提言2】保育体制の充実 | 23 |
| 【提言3】研修の充実 | 24 |
| 【提言4】遊具点検の実施と点検結果の活用 | 24 |
| 【提言5】危機管理マニュアルの充実 | 24 |
| 第6章 検証の限界について（追加） | 25 |

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

はじめに

令和3年10月に岡山市内で社会福祉法人が運営する認可保育園の園庭において複合遊具で遊んでいた2歳の男児が重体となり、その後11月に死亡するという大変痛ましい事故が発生しました。

亡くなられたお子様のご冥福をお祈りいたしますとともに、保護者並びにご親族の皆様方に謹んでお悔やみを申し上げます。

岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会では、事故の再発防止の観点から検証を行い、報告書を取りまとめました。

今後二度とこのような事故が起きることのないよう、再発防止のための提言が周知され、保育に携わるより多くの方々にご活用いただき、事故防止の取組が一層推進される一助となることを切に願います。

令和4年11月

岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会
会長 中島 洋子

再検証にあたって

令和3年10月、岡山市内の社会福祉法人が運営する認可保育園において、園庭の複合遊具で遊んでいた2歳の男児が重体となり、その後11月に亡くなるという、誠に痛ましい事故が発生しました。改めて、亡くなられたお子様のご冥福をお祈りいたしますとともに、保護者並びにご親族の皆様方に心よりお悔やみを申し上げます。

本分科会では、二度と同じ悲劇を繰り返さないため、事故の再発防止の観点から検証を行い、令和4年11月に報告書を取りまとめ、岡山市に提出いたしました。しかし、その後、報告書作成時に把握していた事故状況と捜査情報に相違があることが判明しました。このため、より正確な事実に基づく検証が必要であると判断し、改めて再検証を行い、新たに報告書を取りまとめました。

本報告書が、保育に携わるより多くの方々に共有・活用され、事故の背景や原因への理解を深め、今後の事故防止の取組が一層推進されることを切に願います。

令和8年3月

岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会
会長 中島 洋子

第1章 検証の目的及び方法

1 検証の目的

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」に基づき、「特定・教育保育施設」、「特定地域型保育事業」、「地域子ども・子育て支援事業」、「認可外保育施設」及び「認可外の居宅訪問型保育事業」における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析を行うことにより、必要な再発防止策を検討するものである。

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。

2 検証の方法

(1) 委員会の設置

令和3年10月に発生した今回の事案について検証するため、令和4年3月に岡山市児童福祉審議会運営規程を改正し、「岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会」で検証を行うこととした。

児童処遇専門分科会では、提供された資料の分析や事務局によるヒアリング調査の結果を基に事実確認を行ったうえで検証作業を行い、再発防止策の検討を行うこととした。

(2) 委員の構成

| | 選任分野 | 氏名 | 所属団体 |
|-----|-------|-------|---------------------------|
| 会長 | 医師 | 中島 洋子 | まな星クリニック院長 |
| 副会長 | 弁護士 | 中原 隆志 | 中原隆志法律事務所 |
| 委員 | 学識経験者 | 日下 紀子 | ノートルダム清心女子大学人間生活学部児童学科准教授 |
| 委員 | 学識経験者 | 東條 光彦 | 岡山大学大学院社会文化科学研究科教授 |
| 委員 | 学識経験者 | 直島 克樹 | 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科講師 |

(3) 岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会の開催

| 開催会 | 開催日 | 議事内容 |
|-----|-----------|--------------------------------------|
| 第1回 | 令和4年3月16日 | ・委員長の選任 ・検証の目的、方法、スケジュール ・事例の概要把握 |
| 第2回 | 令和4年5月27日 | ・問題点、課題の抽出 ・資料についての意見交換 |
| 第3回 | 令和4年8月10日 | ・委員会報告書素案の検討 |
| 第4回 | 令和4年11月2日 | ・委員会報告書のとりまとめ |

※岡山市児童福祉審議会条例第9条の第2項の規定に基づき、個人情報保護の観点から、非公開で開催した。

3 再検証の目的

(1) 調査の目的

令和3年10月に発生した事故に関して、岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会が作成し岡山市長へ提出した検証報告書の内容と、当該児童の保護者の訴えの間に隔たりが生じていることを受け、事実関係の再検証を実施することとした。

本再検証は、新たな事実が判明したことにより従前の検証結果に影響を及ぼす可能性があると考えられたことから、より正確に事実に基づき改めて検証があると判断し実施したものである。新たに判明した事実を含め、事故発生の経緯やその背景に関する事実確認、発生原因の分析を行い、その結果に基づいて再発防止に繋がる適切な対策を講じることを目的とするものであり、関係者の処罰を目的とするものではない。

4 再検証の方法

(1) 調査方法

事務局（市職員）が検察庁の許可を受け、警察の捜査報告書（令和3年10月20日警察作成の捜査報告書）を閲覧し、保育士の動き等の把握を行い、事実関係等について分析を行った。

児童処遇専門分科会では、提供された資料の分析や事務局による調査の結果を基に事実確認を行ったうえで検証作業を行い、再発防止策の検討を行うこととした。

※警察が作成し、本市職員が確認した捜査報告書は、隣接施設に設置された防犯カメラの映像を切り取った写真と、それに対する説明が記載されたものである。したがって、捜査報告書自体は写真の形式であり、音声（保育士等の発言）は含まれていない。

(2) 再検証の委員構成

| | 選任分野 | 氏名 | 所属団体 |
|-----|-------|-------|--------------------------|
| 会長 | 医師 | 中島 洋子 | まな星クリニック院長 |
| 副会長 | 学識経験者 | 日下 紀子 | ノートルダム清心女子大学人間生活学部児童学科教授 |
| 委員 | 学識経験者 | 東條 光彦 | 岡山大学学術研究院社会文化科学学域教授 |
| 委員 | 学識経験者 | 直島 克樹 | 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科講師 |
| 委員 | 弁護士 | 中井 陽 | 弁護士法人岡山パブリック法律事務所 |

(3) 岡山市児童福祉審議会児童処遇専門分科会の開催

| 開催会 | 開催日 | 議事内容 |
|-----|------------|--------------------------|
| 第1回 | 令和7年3月28日 | ・検証の目的、方法、スケジュール・事例の概要把握 |
| 第2回 | 令和7年6月4日 | ・問題点、課題の抽出 ・資料についての意見交換 |
| 第3回 | 令和7年8月19日 | ・委員会報告書案の検討 |
| 第4回 | 令和7年12月22日 | ・委員会報告書案の検討 |
| 第5回 | 令和8年1月26日 | ・委員会報告書のとりまとめ |

※岡山市児童福祉審議会条例第9条の第2項の規定に基づき、個人情報保護の観点から、非公開で開催した。

第2章 事案の概要等について

1 事案の概要

令和3年10月14日（木曜日）午前10時20分頃、市内の認可保育施設（以下「本施設」という）において、2歳9か月の男児（以下「本児」という）の首が本施設の複合遊具（以下「本遊具」という）の隙間に挟まり、意識のない状態となっていることに保育士が気づいたため、救急車の要請を行った。救急隊によって緊急搬送されたが、翌月11月15日に搬送先の病院で死亡が確認された。

2 施設の概要

(1) 本施設の概要（令和3年4月1日現在）

| | |
|---------|---|
| 施設種別 | 認可保育園 |
| 事業開始年月日 | 平成20年4月1日 |
| 設置者 | 社会福祉法人 |
| 施設の所在地 | 岡山市内 |
| 開所時間 | 月～土曜日 7:00から18:00まで (平日のみ延長19:00まで) 日曜・祝日・年末年始は休園 |
| 定員 | 80人 |

(2) 職員体制（非常勤職員含む）（令和3年4月1日現在） (人)

| 園長 | 副園長 | 副主任 保育士 | 保育士 | 看護師 | 栄養士 | 調理員 | 合計 |
|----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|----|
| 1 | 1 | 1 | 17 | 2 | 2 | 2 | 26 |

(3) 在園児（令和3年10月14日現在） (人)

| 0歳 | 1歳 | 2歳 | 3歳 | 4歳 | 5歳 | 合計 |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 11 | 17 | 18 | 16 | 16 | 18 | 96 |

3 事案発生当時の保育状況

(1) 事案発生当時（令和3年10月14日午前10時頃）の登園児数及び保育士配置状況

| | 園児数 | 保育士数 | 配置基準 ※ |
|-----|-----|---------------------|-------------|
| 0歳児 | 11人 | 3人 | 園児3人：保育士1人 |
| 1歳児 | 16人 | 3人 | 園児6人：保育士1人 |
| 2歳児 | 17人 | 3人 | |
| 3歳児 | 16人 | 2人 (うち1人は0歳児の応援) | 園児20人：保育士1人 |
| 4歳児 | 16人 | 1人 | 園児30人：保育士1人 |
| 5歳児 | 18人 | 1人 | |
| 合計 | 94人 | 13人 | |

※ 事故発生当時「岡山市児童福祉施設の設備及び運営に関する基準を定める条例」の第48条第2項に次のように定められている。

「保育士の数は、乳児おおむね3人につき1人以上、満1歳以上満3歳に満たない幼児おおむね6人につき1人以上、満3歳以上満4歳に満たない幼児おおむね20人につき1人以上、満4歳以上の幼児おおむね30人につき1人以上とする。ただし、保育所1につき2人を下ることはできない。」

第3章 検証報告書との相違点等について

1 検証報告書との相違点

以下の(1)～(3)は、警察の捜査報告書により判明した、検証報告書の実事と異なる点である。

- (1) 市として、新たに把握した箇所は、時刻が49か所、保育士の動きが12か所
- (2) 園児が発見されるまでの保育士Cが園舎に出入りした回数が2回であったものが、実際は3回であった。
- (3) 保育士Cが園舎に入り、園児が発見されるまでの保育士2名で園児を見ていた時間が、6分45秒であったものが、実際には15分34秒であった。

2 事案発生当時の保育状況

警察の捜査報告書に記載された時刻に基づく客観的事実と、保育士からの聞き取りによる時間の認識との間には大きな乖離が認められた。このため、両者を単一の時系列として整理した場合、推測を多く含む構成となり、かえって客観的事実の正確性を損なうおそれがある。そのため、捜査報告書により客観的に確認できた事実及び時刻のみを用いて時系列を作成している。

※ 閲覧した警察の捜査報告書では、本児の行動の特定はできなかった。捜査資料で把握できたのは、保育士の動き及びその時刻のみである。

※ 時系列について、警察の捜査報告書により判明した該当箇所を色塗りし、検証報告書との間で相違が認められた箇所を赤枠及び赤線により表示している。また、園庭での保育士の状況図についても、新たに判明した該当箇所は赤字で記載している。

(1) 警察の捜査報告書に基づく時系列

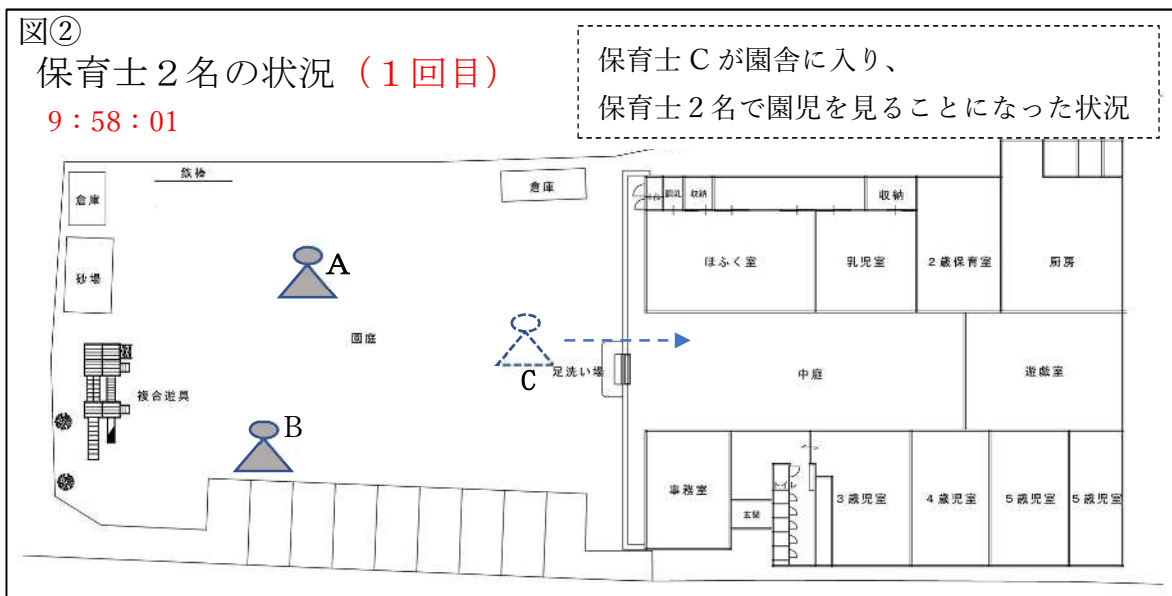
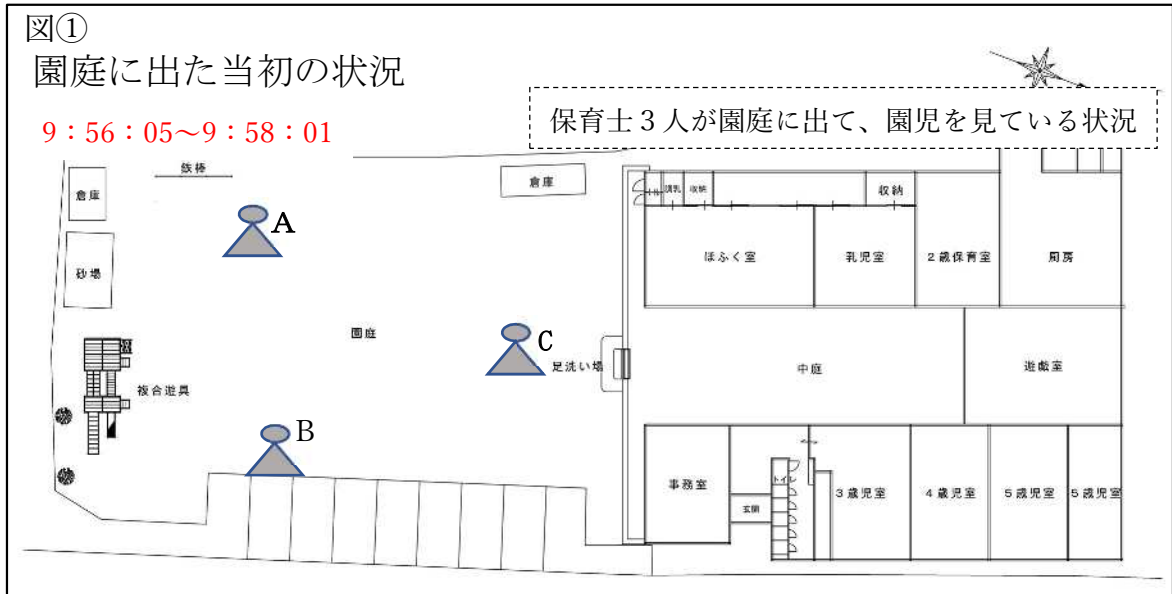
① 2歳児を担当する保育士等の時系列の動き

| 時刻 | 保育士A | 保育士B | 保育士C | 当初図 | 修正図 |
|----------|--------------------|-------------------|-------------------|-----|-----|
| 9:56:05 | 園児とテラスに出て靴を履く | | | | ① |
| 9:56:18 | 園児と共に園庭に出てくる | | | | |
| 9:56:41 | | 園庭に出る | | | |
| 9:56:54 | | | 園児の後ろについて園庭に出る | 図1 | |
| 9:57:20 | 倉庫からボールと三輪車を出す | | | | |
| 9:58:01 | | | 園舎に入る(1回目) | | ② |
| 10:00:17 | 園庭で遊ぶ園児を見ている | 園庭で遊ぶ園児を見ている | | | ③ |
| 10:02:00 | 複合遊具付近で園児を見ている | 複合遊具で遊ぶ園児を見ている | | | |
| 10:02:24 | | | 園舎から園庭に戻る | | ④ |
| 10:03:00 | 複合遊具付近で3人で会話している状況 | | | | ⑤ |
| 10:04:00 | 複合遊具付近で3人で会話している状況 | | | | |
| 10:05:00 | 3人、遊んでいる園児を見ている状況 | 3人、遊んでいる園児を見ている状況 | 3人、遊んでいる園児を見ている状況 | | |

| | | | | | |
|----------|------------------------|------------------|-------------------------------|--------|---|
| 10:05:34 | | | 園舎に入る (2回目) | | ⑥ |
| 10:05:58 | Cと共に園児を見ている状況 | 複合遊具付近で園児を見ている | 園庭に出る Aと共に園児を見ている状況 | | ⑦ |
| 10:06:11 | | | 園舎に入る (3回目) | ↑10:15 | ⑧ |
| 10:07:00 | 園庭の中央から全体を見る | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | 図2 | ⑨ |
| 10:08:08 | 中央から複合遊具よりに動く | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | 図3 | ⑩ |
| 10:08:48 | | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | ⑩ |
| 10:10:01 | Bと会話している状況 | Aと会話している状況 | ↓ | | |
| 10:11:00 | Bと複合遊具付近で園児を見ている | Aと複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:12:02 | 複合遊具付近で園児を見ている | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:13:17 | 複合遊具付近で園児を見ている | | ↓ | | |
| 10:15:06 | 複合遊具付近で園児を見ている | | ↓ | | |
| 10:15:29 | | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:16:07 | 複合遊具付近で園児を見ている | | ↓ | | ⑪ |
| 10:16:21 | | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:17:34 | 複合遊具付近で園児を見ている | | ↓ | | |
| 10:17:53 | | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:19:18 | 複合遊具付近で園児を見ている | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:19:23 | 園舎の方に歩いている | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | 図4 | ⑫ |
| 10:19:35 | 園舎に入る | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:19:44 | | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:19:56 | 園舎から出る | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | ⑬ |
| 10:20:20 | 園庭中央付近で遊んでいる園児を見ている | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:20:27 | | 複合遊具付近で園児を見ている | ↓ | | |
| 10:21:31 | 複合遊具の方へ歩いている | | ↓ | | ⑭ |
| 10:21:45 | 本児を発見する | | ↓ | | |
| 10:21:52 | | 本児を発見する | | | |
| 10:22:00 | | 園舎に向かって走る | | | |
| 10:22:24 | | | 園庭に出る | | |
| 10:22:35 | | 園舎から出て本児の方に走る | 園舎に戻る | | |
| 10:22:42 | 本児を救護している | 本児を救護している | | | |
| 10:22:52 | ----- | ----- | 看護師と思われる人物が園舎から出て、本児の方に向かっている | | |
| 10:23:15 | 園舎に走って戻る状況 | | | | |
| 10:23:29 | | 園舎に走って戻る状況 | | | |
| 10:23:34 | 園舎から出て走って本児の方へ向かっている状況 | | | | |

| | | | | |
|----------|-------|----------------------------|---------------------------|--|
| 10:23:49 | | 園舎から出て走って本児の方へ 向かっている状況 | | |
| 10:24:24 | | 他の園児を園舎に入れるため誘 導 | | |
| 10:26:19 | | | 看護師と思われる人物が、 本児を救護している | |
| 10:27:28 | 救急車到着 | | | |

② 園庭での保育士の状況

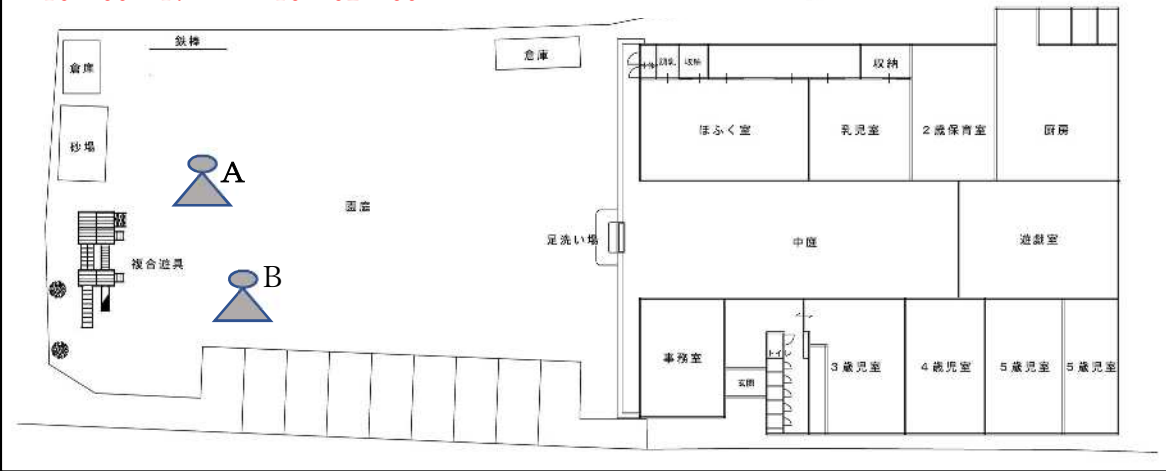


図③

保育士 2 名の状況 (1 回目)

園児を見ている保育士 2 名の配置状況

10:00:17 ・ 10:02:00



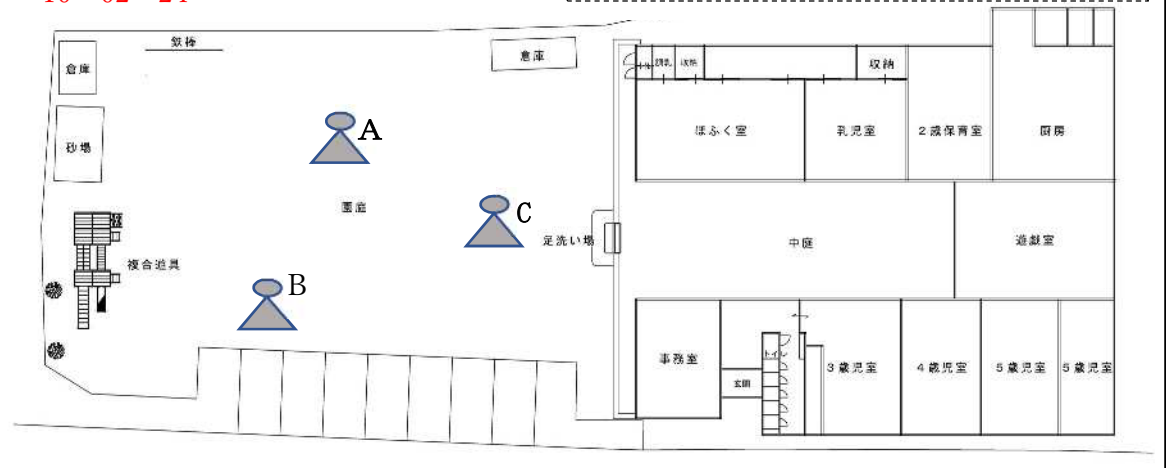
図④

保育士 3 名の状況

保育士 C が園庭に戻る

園児を見ている保育士 3 名の配置状況

10:02:24

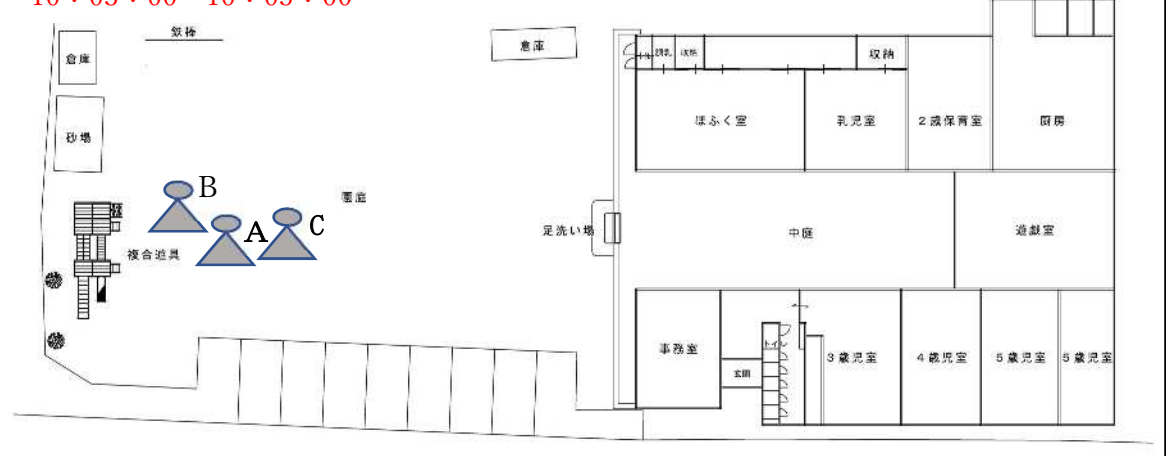


図⑤

保育士 3 名の状況

遊具付近で保育士 3 名が会話をしている状況

10:03:00~10:05:00

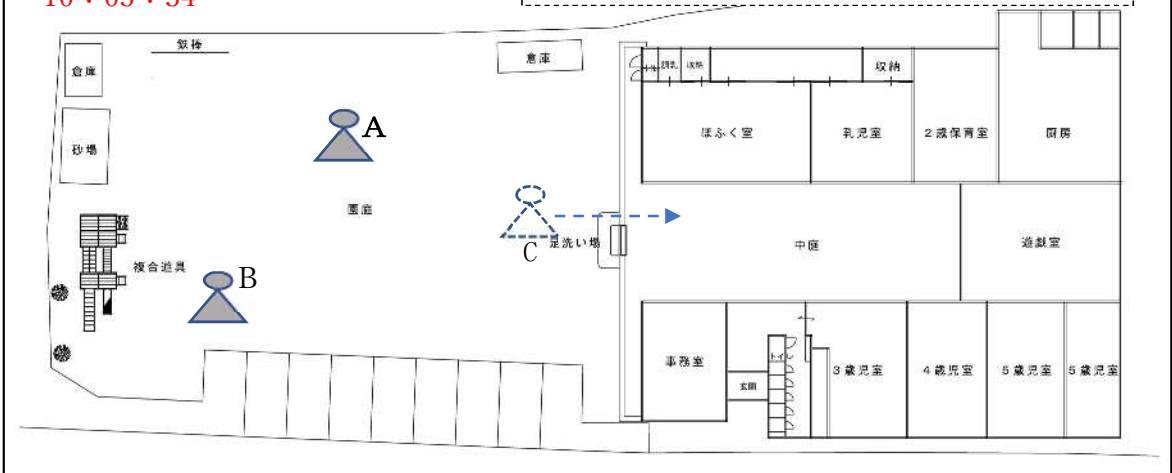


図⑥

保育士 2 名の状況 (2 回目)

10:05:34

保育士 C が園舎に入り、
保育士 2 名で園児を見ている状況

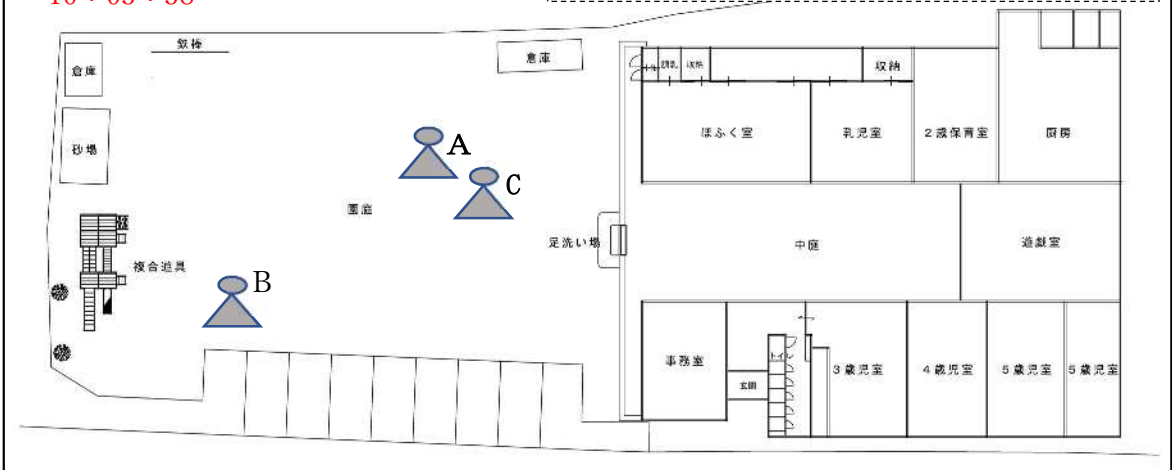


図⑦

保育士 3 名の状況

10:05:58

保育士 C が園庭に戻り、
保育士 A とともに園児を見ている状況

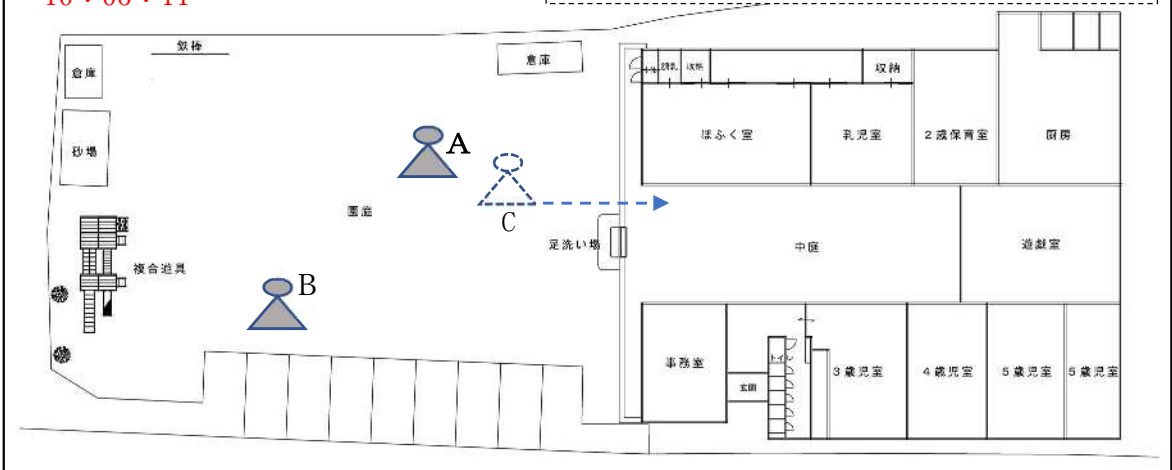


図⑧

保育士 2 名の状況 (3 回目)

10:06:11

保育士 C が園舎に入り、
保育士 2 名で園児を見ている状況

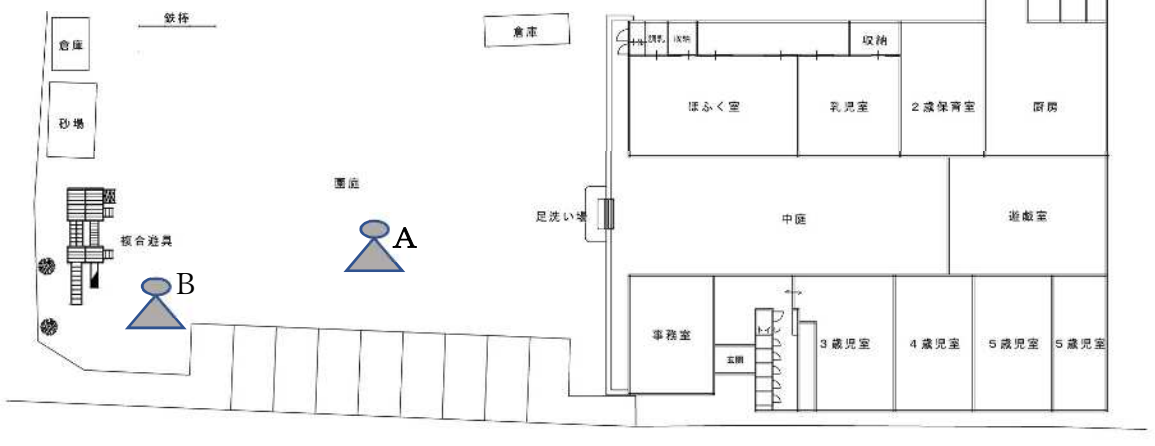


図⑨

保育士 2 名の状況 (3 回目)

10:07:00

保育士 A が園庭中央付近、保育士 B が遊具付近で園児を見ている状況

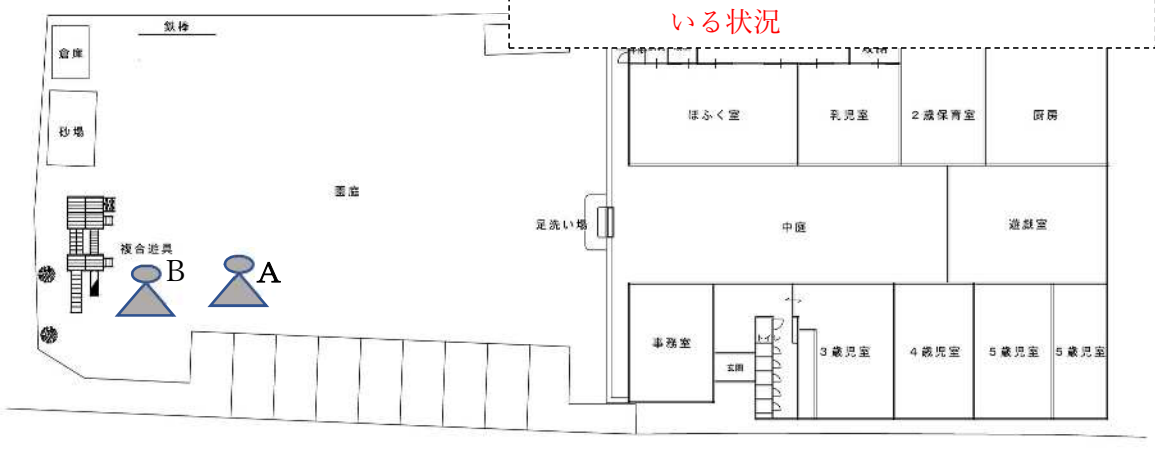


図⑩

保育士 2 名の状況 (3 回目)

10:08:08~10:11:00

10:08:08 保育士 A が遊具付近へ移動
10:10:01 保育士 A、B が話している状況
10:11:00 保育士 A、B が遊具付近で園児を見ている状況

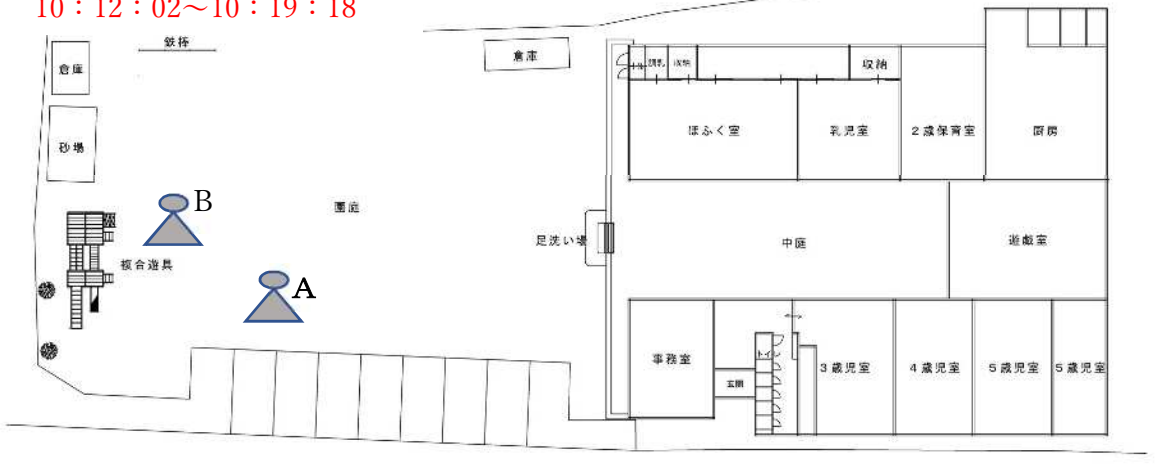


図⑪

保育士 2 名の状況 (3 回目)

10:12:02~10:19:18

保育士 2 名で園児を見ている状況



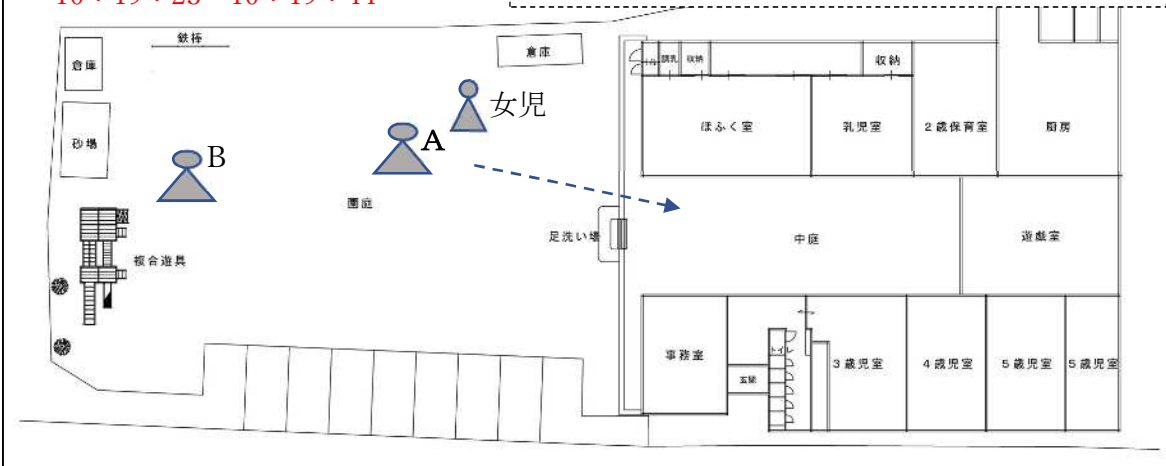
図⑫

保育士 2 名の状況 (3 回目)

10:19:23~10:19:44

10:19:23 保育士 A が園舎の方に歩いている

10:19:35 保育士 A が女兒を連れて園舎に入る



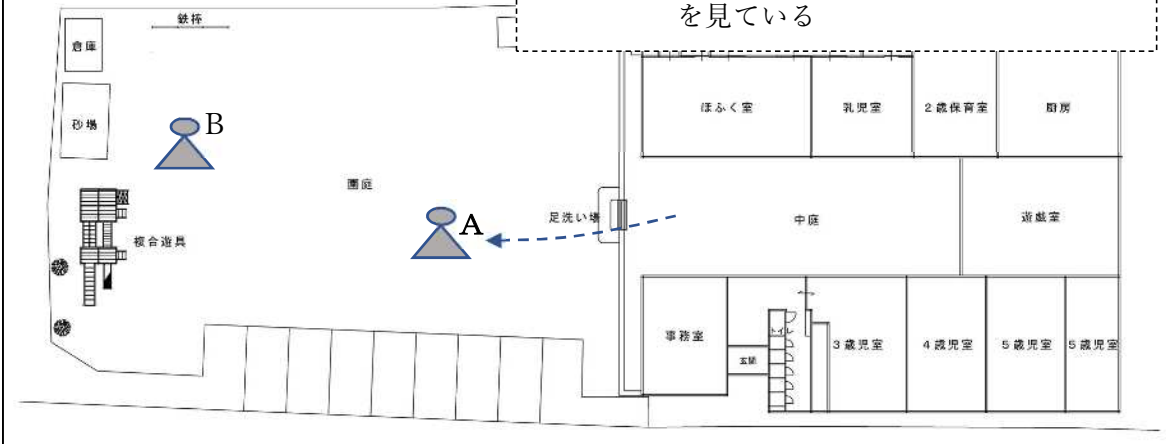
図⑬

保育士 2 名の状況 (3 回目)

10:19:56~10:20:27

10:19:56 保育士 A が園庭に戻る

10:20:20 保育士 A が園庭中央付近で園児を見ている。保育士 B は遊具付近で園児を見ている



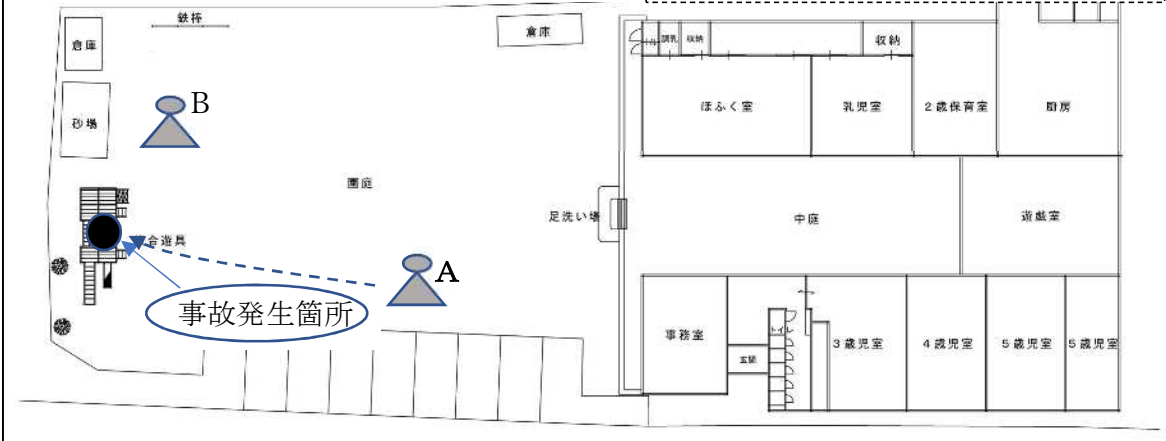
図⑭

保育士 2 名の状況 (本児の発見まで)

10:21:31~10:21:45

10:21:31 保育士 A が複合遊具の方に歩いている

10:21:45 保育士 A が本児を発見



(2) 当初作成した、本児と2歳児を担当する保育士等の時系列の動き

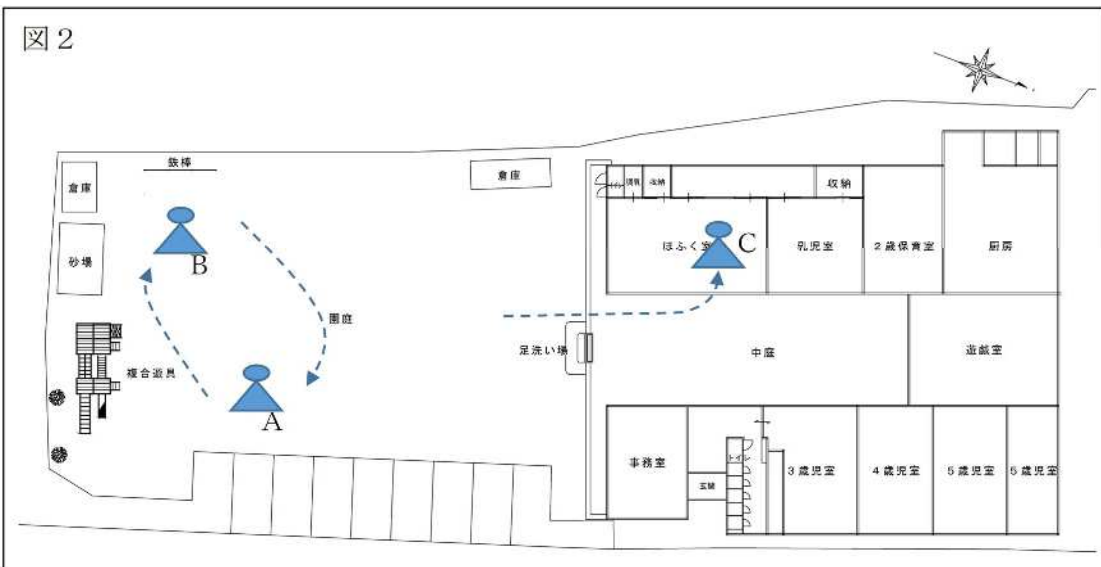
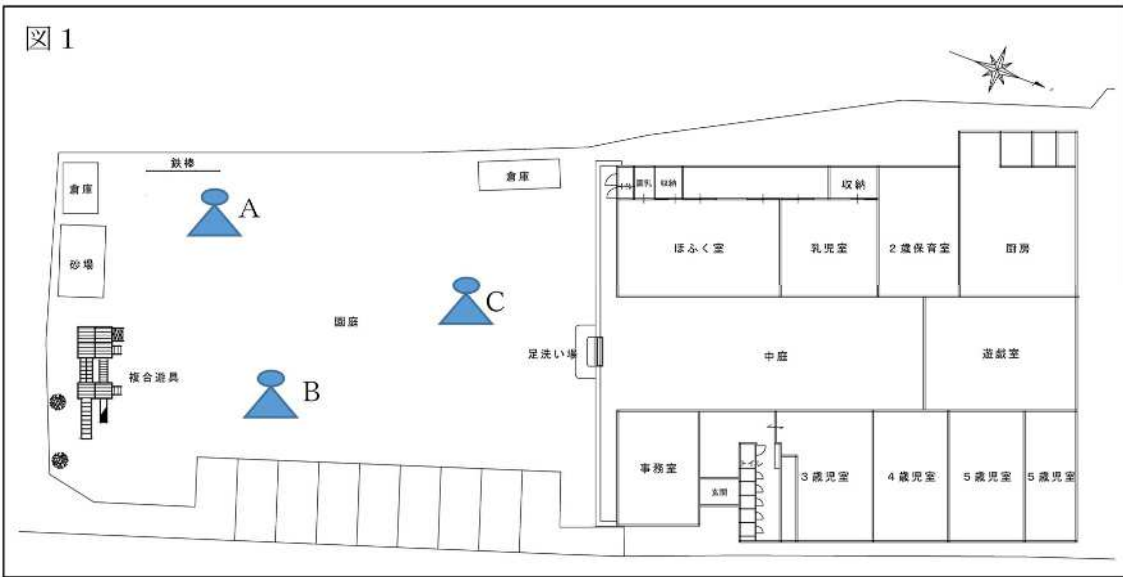
| 時間 (頃) | 本児 | 保育士A | 保育士B | 保育士C | 園長 | 看護師 | 図 |
|-----------|-----------------|--|--|--|-----------|-----|--------|
| 8:00 | 登園 | | | | | | |
| 9:40 | | | | | 見学者対応 | | |
| 9:50 | 2番目のグループで園庭にでる。 | 排泄の早く終わった1番目のグループの園児と一緒に30分ぐらいの予定で園庭に出る。 | 一番最後に外に出る。最初は、複合遊具のロッククライミングに付き添い、その後滑り台に付いていた。 | 10時00分前頃に、排泄の終わった2番目のグループの最後について、園庭に出る。 | | | 図 1 |
| 10:00 | | (園児17名のうち3名がボール、4名が三輪車で遊んでいた。他の園児は、複合遊具のロッククライミングや滑り台、砂場で遊び出す。)園児の動きに合わせて声掛けをする。 | 園児の動きに合わせて複合遊具の辺りから回って園児の様子を見守る。 | 当日の朝、0歳児クラスが忙しいと聞いていたので気になり0歳児の様子を見に行く。0歳児の先生からは、「大丈夫」と言われたため、窓際にあった0歳児のおやつを片付け、園庭に戻る。 | | | |
| 10:15 | | C保育士から、「0歳児クラスが気になるので見てくる」と声をかけられたので、B保育士にも伝える。 | 砂場で遊んでいる園児や、複合遊具の内側に置いているプラスチック製の家に園児が出入りしていたのを見ていた。 | 2歳児クラスが遊具や砂場の辺りで落ち着いて遊んでいるのを確認し、0歳児クラスから泣き声が聞こえたので、A保育士に0歳児クラスに行くことを伝え、0歳児の部屋に入る。 | 2組目の見学者対応 | | 図 2 |
| | | 全体が見えるように、砂場側から園舎に向かって一周して園児に声をかけて回る。 | 砂場と遊具の両方が見える場所に移動する。 | | | | 図 3 |

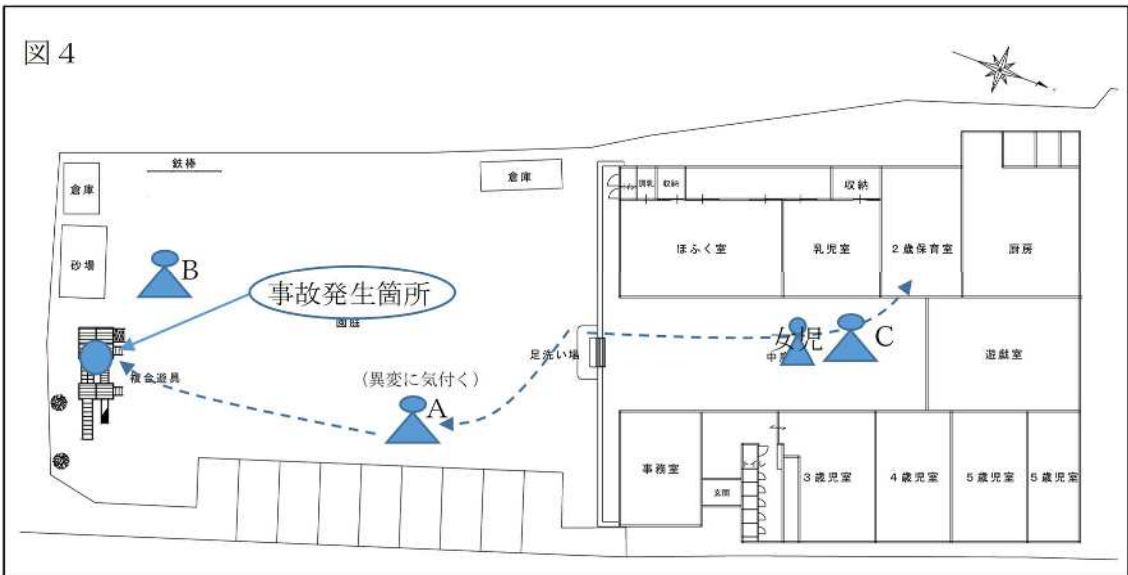
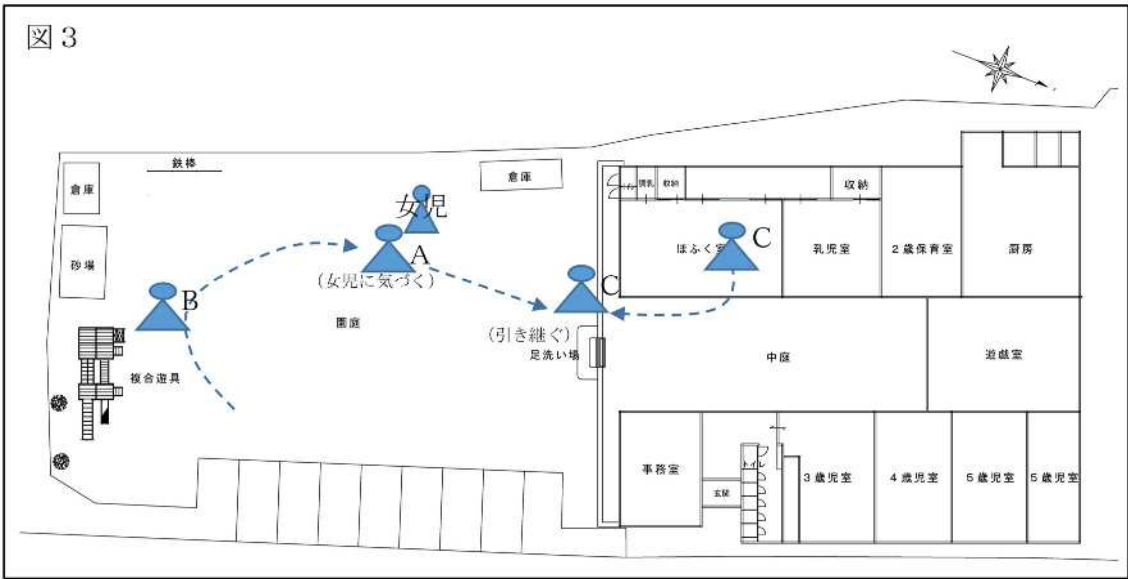
| | | | | | | | |
|-------|------------------------|---|---|--|--|---|--------|
| | | 園舎側の倉庫の前辺り で、2歳児クラスの 女児の便に気付 き、C保育士へ引き 継ぐため、C保育士 の様子を見に行く。 | | 0歳児クラスから外に 出るとA保育士が近づ いてきて便の失敗の女 児がいることを聞く。 便の失敗の女児を連れ て2歳児クラスの部屋 に戻る。 | | | 図 3 |
| | | C保育士に女児を引 き渡し、再び園庭に 戻り見回っている と、複合遊具の下の 本児に気付く | | | | | 図 4 |
| 10:21 | A保育 士に発 見され る | 本児の様子がおかし いので近寄って声を かけるが反応がなか ったので、救急車を 呼ぶようにB保育士 を呼ぶ。 | A保育士に「救急車を 呼んで」と言われ、事 務所に走って園長と副 園長に「救急車を呼ん でください。●●くん が大変です。柵に挟ま ってしまって…」と伝 え、その後、看護師に も声をかける。 | | 確認のため に複合遊具 に向かう。 園庭の中程 で本児確 認。 看護師を呼 ぶように指 示する。事 務所に戻り 副園長に救 急車を呼ぶ ように指 示。 | 園庭に 向か う。意 識、心 音、呼 吸の状 態を確 認。 心臓マッ サージ開 始・ AED使 用 | |
| | | 遊具から児を抱いて 出し、看護師が来る まで、本児を抱きか かえている。 看護師の指示によ り、本児を仰向けに 寝かせ、AEDを事 務所に取りに行く | | | | | |
| 10:23 | 救急 車を 呼ぶ | | | 便を替えて外に出よう としたら部屋の入り口 で事故があったことを 聞く。 | | | |

| | | | | | | |
|-------|--|--|---|--|--------|-----------------|
| 10:27 | | | | | 母親に連絡。 | 救急車に同乗し病院に付き添う。 |
| 救急車到着 | | | その後、遊具の辺りに戻る。他の園児を部屋に入るように声をかけ一緒に部屋に戻る。 | | | |

園長、職員及び関係者から聞き取りにより作成した

(3) 当初作成した、園庭での保育士の状況

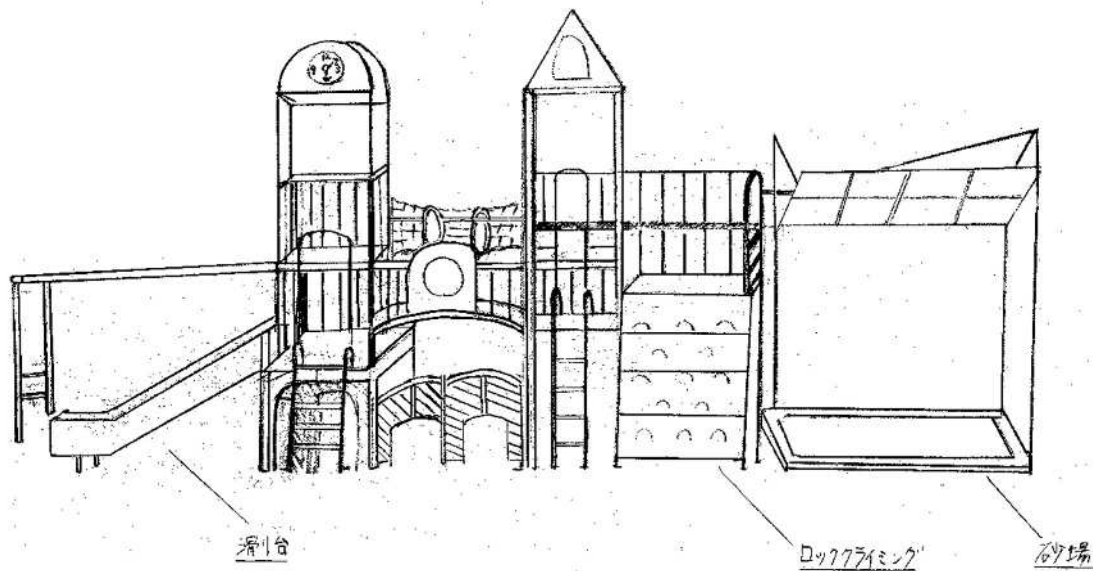




3 本遊具について

事実関係の再検証にあたり、本遊具に関しては、警察の捜査報告書で判明した事実はない。なお、現在、本遊具は撤去されている。

複合遊具



(事故発生箇所)

(プラスチック製の遊具撤去後)



(1) 設置時期

平成 20 年 4 月 1 日の開園に伴い、新設されたもの。

(2) 本遊具発注時の園の考え方

低年齢児も遊ぶことができる複合遊具とする。

(3) 柵の設置時期

平成 26 年 5 月頃、複数の園児が三輪車で通り抜ける際、頭を打つことがあり、その場所に入らせないようにするために、本遊具の設置者である A 事業者が柵の設置を

依頼。

本施設には柵の図面や打合せ簿はなく、A事業者にどのように指示したかを確認できる資料は残っていない。本施設としては、具体的なサイズ等を依頼した記憶はない。

本遊具には今回の事故原因となった同様の柵が3箇所設置されており、2箇所は同一サイズであった。(図1)

(図1)



(4) 使用方法

- ・ 1歳児クラス以上の園児が使用していた。
- ・ 階段やロッククライミングについては危険性が特に高いので、必ず保育士が補助に付くことにしていた。
- ・ 雲梯やロープトンネルがある上段と滑り台がある下段に分かれた複合遊具であり、上段部分はロッククライミングであがることのできる園児のみが使用。
- ・ 階段は2箇所設置されているが、低年齢児が使用する場合は1箇所だけに制限して使用。

(5) 維持管理 (点検)

①遊具点検チェックシート (職員による年4回点検)

- ・ 点検ポイント
 - 転倒につながる恐れがある基礎のぐらつきや傾き、露出、破損、遊具本体のぐらつきが無いかな
 - 本体の破損 (突起、ささくれ、折れ等) や部材 (ボルト) の欠損
- ・ 点検実績
 - 令和2年度 (4/6、7/10、10/5、1/12)
 - 令和3年度 (4/10、7/3、10/2)

②大型遊具日常点検シート (職員による毎月点検)

- ・ 点検項目
 - 安全領域: 遊具周辺の1.8メートル内に障害物がないか、へこみがないかな
 - 遊具全体: ビスやボルトが緩んでいないかな等
 - ベース部: 柱の根元のコンクリートが地面からむき出していないかな 等

③専門業者の点検

- ・ 設置時から現在まで、業者による点検は実施されていない。
- ・ 遊具の修繕は、柵を設置した時期に業者による塗装が実施された。

④その他

・記録の残る行政による指導監査において、特段指摘事項は見当たらない。

(6) これまでの遊具事故等

・平成26年度に柵を設置するきっかけとなった、本遊具の下に入って頭をぶつけた事故有。

(7) 岡山市（委託）による遊具点検

（点検期間 令和3年10月29日から令和4年6月20日まで）

①概要

市によれば、市は複合遊具での事故を受け、再発防止を目的として、各施設の遊具点検を実施した。しかしながら、保育施設の遊具についての明確な基準がなく、厚生労働省や文部科学省は、都市公園の遊具を対象とした国土交通省の「都市公園における遊具の安全確保に関する指針（改訂第2版）」（以下「指針」という）を参考にするように求めている一方で、この指針では保育園の遊具は「管理者などが常駐し遊びを指導し見守っている遊び場の遊具は本指針の対象としない。」とされている。

こうした状況から、市は指針及び「遊具の安全に関する規準 JPFA-SP-S:2014」（以下「規準」という）（次頁参考資料参照）を参考に点検を行ったうえで、各施設に対して市の判断および個別の点検結果を提供し、各施設での安全確保に活用するように依頼している。

②本遊具（事故箇所）の点検結果（令和4年4月21日点検実施）

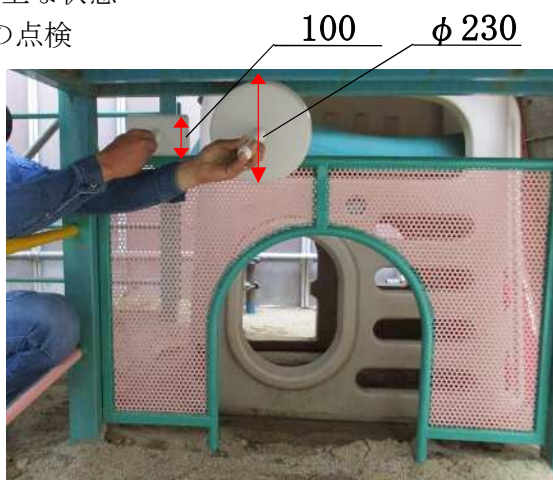
【規準適合診断】

ハザード2（頭部・胴体の挟み込み）

【劣化点検】

a・健全な状態

・事故箇所の点検



(点検機器A)



(点検機器B)



■参考資料（挟み込み対策に関する事項）（一部要約）

| JPFA-SP-S:2014 | |
|--|--|
| ・頭部・胴体の挟み込み | |
| ・頭部や胴体の挟み込みが発生しないように開口部は胴体が入らない構造とするか、胴体が入る場合は頭部が通り抜ける構造としない。 | |
| ・頭部および胴体が入らない構造（通り抜けさせない開口部） | |
| ・開口部に「JPFA点検器具B」の100×157mmの部分が入ってはならない。 | |
| ・ネットの網目などの柔軟な素材で構成された開口部の場合には「JPFA点検器具A」のφ127mmの部分が入ってはならない。 | |
| ・ <u>柵などの隙間は、100mm未満とする。</u> | |
| ・頭部および胴体を通り抜けるような構造（通り抜けさせる開口部） | |
| ・ <u>開口部は、「JPFA点検器具A」のφ230mmの部分を通り抜けなければならない。</u> | |
| ・ネットの網目など柔軟な素材で構成された開口部の場合も「JPFA点検器具A」のφ230mmの部分を通り抜けなければならない。 | |

■参考資料（事故の要因となるハザードのレベル）

| JPFA-SP-S:2014 | |
|----------------|--|
| ハザードレベル 0 | ： 傷害をもたらす物的ハザードがない状態 |
| ハザードレベル 1 | ： 軽度の傷害をもたらすハザードがある状態 |
| ハザードレベル 2 | ： 重大であるが恒久的ではない傷害をもたらすハザードがある状態 |
| ハザードレベル 3 | ： 生命に関わる危険があるか、重度の傷害あるいは恒久的な障害をもたらすハザードがある状態 |

- ・本施設では本遊具に対する危機意識を持っており、階段やロッククライミングの使用時は必ず保育士が付くようにしていたが、これまで該当箇所では事故がなかったため、危険箇所であるという意識が無かった。
- ・ロッククライミングのボルトで頭を怪我しないようにするために、本遊具内にプラスチック製の遊具を設置しており、保育士はその遊具で遊ぶ園児同士のトラブル回避を重点的に見守っていたため、事故箇所の注意は薄かった。

(9) 事故後の遊具使用

- ・本遊具を使用停止し、本遊具を使用させないため、また、園児から見えないようにするため鉄板で周囲を囲っているた。
- ・将来的には撤去する方針現在、本遊具は撤去されている。

第4章 本事案における課題の抽出と分析

今回、当分科会は、警察の捜査報告書により新たに把握した事実「保育士が現場を離れていた時間の詳細」や、「その間の保育体制の状況」などを踏まえ、当該事案について再度の検証を行った。その結果に基づき、「本事案における課題の抽出と分析」について、表現の明確化を図るとともに、必要な補記および修正を行うこととした。
※下線及び赤字で表示している箇所は、修正または追記を行った部分である。

1 当日の保育に関すること

(1) 園庭での保育活動

- ・調査の結果、当日の園庭での保育士の立ち位置については、職員間で明確な意思確認はしていなかったが、職員間ではいつもどおりの立ち位置との認識で保育活動をはじめている。保育士は園児の転倒、衝突、誤飲など様々なケースに対応するため危機意識を持ち、トラブルに対応する準備は考えられていた。
- ・当日の保育計画については、週指導計画を作成し、活動を行っていたが、その活動内容は、各園児が好きな遊びを見つけて遊ぶ自由遊びとなっており、園庭の様々な場所での遊びとなっていた。保育士の注意が分散するため、2歳児という年齢を考えると園庭や遊具の利用等について園内で協議が必要であったと考えられる。

(2) 安全確保

- ・保育室から園庭に出る際、出る人数と残っている人数を保育士が声掛け確認し、所在確認を行っては行えていた。
- ・本施設ではの方針として、園庭での保育士の立ち位置は、安全確保のために園舎と遊具の死角が無いようにすることとされており、いた。当日の園庭での保育士の立ち位置もは、トイレに行く園児や園舎の死角になる場所に行く園児を確認する保育士1名と、遊具側からと砂場側からの死角がなくなるように確認する2名の保育士、合計3名の保育士となっていた。しかしながら、他のクラスの応援やおむつ交換のために活動の場を一時的に離れることがあり、園児への注意が希薄になり、発見を遅らせてしまった可能性があると考えられる。事故発生箇所が今まで怪我や事故がない場所であったため、保育士に危険箇所であるという意識が無く、結果的には事故箇所が死角となる保育士の立ち位置となっていたのではないかと考えられる。
- ・加えて、当日、急遽0歳児クラスの保育士が早退したため、0歳児クラスが手薄になっている状況があった。そのため、保育士1名が他のクラスの応援やおむつ交換のために活動の場を活動予定時間の半分以上離れている状況があり、園児への注意が希薄になり、発見を遅らせてしまった可能性があると考えられる。
- ・2歳児という年齢を考えると急遽保育士が欠けてしまった場合や、保育士が多くの時間を活動の場から離れる場合などは、園庭での活動内容を見直しし、安全を

重視した限定的な遊びに切り替えるなどの対策が必要だったのではないかと考えられる。

- ・2歳児はトイレの頻度について、自立している子どもと自立していない子どもの差が大きく、オムツ交換やトイレへの付き添いを要する可能性が高いため低年齢児の園庭での活動中は、可能であれば他の保育士に応援を依頼するなどの対策も必要だったのではないかと考えられる。
- ・子どもは想定外のことをする、あるいは子どもは予期しない行動をすることがあり、そういった子どもの視点での安全点検や確認が必要だったのではないかと考えられる。

2 保育体制に関すること

(1) 保育士の配置について

- ・事故発生時、本児が在籍していた2歳児クラスは17人に対して担任保育士3人であった。また、登園児数94人に対して年齢別配置基準に基づく必要配置数は11人であり、事故発生時13人の保育士が配置されていた。「岡山市児童福祉施設の設定及び運営に関する基準を定める条例」の第48条第2項に定められている保育士の配置基準は満たしていた。
- ・国及び市の配置基準を満たしているなかで、子どもの保育中には、様々な理由で保育士が集団から離れることがある。子どもの様子を確認しに行ったり、お互いに助け合ったりすることは、他の園でも日常的にあり、こういった状況を完全に排除することもまた難しい。

(2) 重大事故発生時の対応について

- ・本施設には、看護師1人が配置されており、AED（大人・小児兼用）も備え置かれ、毎月の点検は行われていた。本施設が定めたマニュアルには、「緊急時対応」として、救命処置の流れのほか、関係各所への連絡方法について規定されていた。担任保育士が本児の異変に気づいた後、看護師によって、心臓マッサージ、AEDの使用等一定の救命処置が行われたことは、事故当日の聞き取りにおいて確認されている。

3 遊具に関する事故防止及び安全対策に関すること

- ・厚生労働省の「保育所保育指針」において、『保育中の事故防止のために、子どもの心身の状態等を踏まえつつ、施設内外の安全点検に努め、安全対策のために全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に安全指導を行うこと。』とされており、本施設においても、施設や設備について独自のチェックシートを作成し、施設の点検は実施されていた。また、重大事故の発生防止のため、ヒヤリハット事例の収集及び要因の分析を行っていた。
- ・保育施設の遊具についての明確な基準がなく、厚生労働省や文部科学省は、都市

公園の遊具を対象とした国土交通省の指針を参考にするように求めている一方で、この指針では保育園の遊具は「管理者などが常駐し遊びを指導し見守っている遊び場の遊具は本指針の対象としない。」とされている。このことから、本施設では、毎月の定期点検は遊具の劣化等について点検が行われていたものの、遊具が安全基準を満たしていたかどうかについての確認は園では行われておらず、指針の十分な活用がされていなかったと思われる。

- ・本遊具内の事故発生箇所付近には、ロックライミングのボルトで頭を怪我するといった危険を防止するためにプラスチック製遊具を置いていたが、その遊具とロックライミングのために園庭から死角になり、本児の様子は確認しづらい状態であった。これまで事故が起きなかったことで、事故発生箇所についての危険意識の低さと、死角になっている状態認識の薄さが重なったことが本件事故の発見を遅らせ、重大事故につながった可能性がある。

4 危機管理研修の実施に関すること

- ・事故発生前の6月10日に本施設の保育士3名が岡山市保育協議会主催の「保育園・こども園における危機管理」の研修を受講し、7月20日に全職員に研修報告をして共通認識を図っている。また、本施設において危機管理マニュアルやヒヤリハットの事例を作成しているが、事故発生前に遊具の安全に関する指針等について協議したり、認識を確認しあったりする機会はなかった。
- ・保育士研修においては、子どもの危険を回避するための内容が不可欠であるが、子どもの視点を取り入れ多角的に見守ることができるよう研修の仕方自体を検討する必要がある。
- ・自分自身では、適切に行動している認識でも、客観的視点で捉えた場合の適切な行動とは乖離が生じている場合（イメージギャップ）があり、本例もその可能性がある。

第5章 再発防止策の提言

今回、当分科会は、警察の捜査報告書により新たに把握した事実および整理した課題に加え、前回の提言を受けて各施設で実施された対応状況を踏まえ、再発防止策の妥当性について改めて検討した。その結果、本事案から明らかとなった課題への対応を、現場の実態に即した形でより一層強化する必要があると判断し、検証報告書に記載した再発防止策について必要な補記・修正を行うこととした。

※下線及び赤字で表示している箇所は、修正または追記を行った部分である。

【提言2-1】 子どもの視点での点検及び指導 子どもの発達視点に基づいたリスク管理の在り方について

子どもは遊びを通して冒険や挑戦をし、心身の能力を高めていくものであるが、冒険や挑戦には危険性が含まれている。遊具事故の発生やその後の点検結果を受け、大型遊具等が撤去される事例が見られる。しかし、事故を契機とした一律の撤去が進む現状には慎重な検討が必要である。すべてのリスク要因を排除するのではなく、子ども自身が遊びを通じて、遊びのなかに潜む危険性やリスクに気づくことも子どもの発達には必要である。

危険性が低いとされる遊具でも、遊びのなかで危険性が生じる可能性があるため、保育施設においては、子どもの年齢、発達状況に応じて、遊具の安全な使用方法や服装等について子どもへの指導を行うこと。

また、遊具の安全な遊び方については、全職員が共通理解し、子どもの視点に立った指導・点検を行うこと。子どもの好奇心は時として大人の予期しない行動に発展するものであり、その予期しない行動に対して、保育施設は迅速な対応を行う連携した体制づくりを構築すること。

【提言3-2】 保育体制の充実

保育施設においては、保育士の必要配置数が国の配置基準を満たしていたとしても、活動の状況や施設・設備の配置状況、子どもの年齢、発達や経験の個人差等にも留意した上で、保育士の立ち位置等を検討するとともに、危険箇所を再認識するだけでなく、重点的に死角にしない見守り方法を認識し、死角のできない状況を作るためなど、保育の安全性を考慮した保育士の立ち位置となるよう随時見直すこと。

また、「ちょっと目を離した隙に」という「ちょっと」は意外に長い時間となっていることがあることを意識し、保育士が活動の場から離れた時の対応について検討すること。加えて、急遽保育士が活動の場を離れることなども想定し、その都度、園にいる職員を最大限に活かす応援・協力体制を整えること。必要に応じて保育活動の内容や進め方を柔軟に変更し、安全かつ適切な保育が行える体制を整えること。

市は、保育の多様な活動を保証していくために、園外活動時の見守りなど保育の補助業務を行う者の活用を保育施設へ促すこと。また、人員体制が充実する制度となる

よう配置基準の見直しについて国に働きかけを行うこと。

【提言4-3】研修の充実

保育施設においては、体制づくりや安全管理の認識のために、職員研修の充実を図り、保育士の資質向上を図ること。

自身の認識と実際の行動との間に生じるイメージギャップに気づくためには、実際の場面をもとに自身の行動を振り返ることができる、可視化を取り入れた研修の導入が効果的である。カメラ等の映像機器を活用し、イメージギャップを可視化する研修の充実を図ること。

市においては、事故事例やヒヤリハットの収集に努め、ICTなどを活用し危機意識を迅速に他園と共有すること。また、具体事例を活用したリスクマネジメント研修を実施するなど研修内容を充実させ、保育の質の向上に係る施策をより一層強化すること

加えて、カメラ等の設備設置に対する支援策を検討し、研修でも活用できる体制を整えること。

【提言4-4】遊具点検の実施と点検結果の活用

保育施設においては、国土交通省の「指針」や一般社団法人日本公園施設業協会の「規準」に基づいた点検結果等を活用し、遊具の危険箇所を再認識する必要がある。またハザードレベルが高くなくても、周囲の障害物や構造上死角が生じることで危険箇所となることがあるため、どのような死角が生じるかを認識しながら見守り等の対応をすること。

今後、新たに設置する遊具についても、指針や規準を参考に子どもが安心して過ごせる保育の環境の確保に努めること。

また、市は、毎年1回指導監査において遊具点検の実施有無を確認すること。

【提言5】危機管理マニュアルの充実

保育施設においては、遊具の設置状況や運用が様々であるため、各施設が遊具を含めた危機管理マニュアルの検討を行い、より一層充実に努めること。また、子どもの安全に関連する通知について職員全員に周知し、共通認識を持つこと。

市においては、安全確保に関する通知について、繰り返しの注意喚起を行うこと。

第6章 検証の限界について（追加）

現行の検証委員会は、地方自治法に基づく国からの「技術的助言」にすぎず、法令上の設置義務はなく、検証を担う委員会が必要とする確定的情報にアクセスできない構造的な課題がある。実際に、重大事故の検証では当事者の聞き取りや記憶に基づく情報でしか事実把握ができず、これに基づいて提言を行った結果、後に事実と異なることが判明し、再度検証を行う必要が生じた。この事例は、検証制度の限界を示している。以上を踏まえ、市に対して検証委員会の制度に対する提言を行う。

- ・検証委員会の制度的な根拠の明確化と、情報共有に係る法的枠組みの整備が急務である。また、重大な事案に関しては、検証機関が必要とする情報を迅速かつ網羅的に収集・確認できる法的根拠を整備することが望ましく、市は今後、実効性ある検証が制度的に担保されるよう、関係法令の見直しを含めた検討が求められるよう、国への要望等を検討すること。
- ・提言後の対応状況は一時的な確認にとどまるべきではなく、提言の実効性を確保するためにも、継続的かつ定期的なモニタリングが不可欠である。取組状況や実際の改善効果について、引き続き検証と評価を行う必要がある。

【資料】

府子本第191号
27文科初第1788号
雇児総発0331第6号
雇児職発0331第1号
雇児福発0331第2号
雇児保発0331第2号
平成28年3月31日

各都道府県民生主管部（局）長
各都道府県児童福祉主管部（局）長
各都道府県私立学校主管部（局）長
各都道府県教育委員会幼稚園関係事務主管部課長
各都道府県認定こども園担当課長
各都道府県子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）担当課長
各指定都市・中核市民生主管部（局）長
各指定都市・中核市児童福祉主管部（局）長
各指定都市・中核市認定こども園担当課長
各指定都市・中核市子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）担当課長

殿

内閣府子ども・子育て本部参事官
(子ども・子育て支援担当)



(印影印刷)

内閣府子ども・子育て本部参事官
(認定こども園担当)



(印影印刷)

文部科学省初等中等教育局幼児教育課長



(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。

別紙

地方自治体による教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための 事後的な検証について

第1 基本的な考え方

1 目的

検証は、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業、認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業（以下「教育・保育施設等」という。）における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するために行う。

2 実施主体

(1) 検証の実施主体

行政による児童福祉法（平成22年法律第164号）に基づく認可権限、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）に基づく確認権限等を踏まえ、死亡事故等の重大事故の検証の実施主体については、「認可外保育施設」及び「認可外の居宅訪問型保育事業」における事故に関しては都道府県（指定都市、中核市を含む。）とし、「特定教育・保育施設」、「特定地域型保育事業」、「地域子ども・子育て支援事業」における事故に関しては市町村とする。

(2) 都道府県と市町村の連携

市町村が検証を実施する場合には、都道府県が支援を行う。また、都道府県が検証を実施する場合、市町村は協力することとし、検証の実施は、都道府県と市町村が連携して行うものとする。

なお、都道府県が行う市町村に対する支援の例として、

- ① 認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業の検証を行うこととなる都道府県において、あらかじめ検証組織の委員候補者として適当な有識者（例えば、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等）をリストアップしておき、市町村が実際に検証組織を設ける際に、必要に応じ、当該リストの有識者から都道府県が委員を紹介する。
- ② 都道府県内における検証事例の蓄積を行い、実際に検証を行う際に技術的援助を行う。
- ③ 定期的に行っている認可権に基づく指導監査の状況についての情報提供や、当該権限を根拠とした当該事故についての資料収集、事実確認への協力を行う。

- ④ 検証組織について、必要に応じ、オブザーバー参加や共同事務局となるなどの協力を検討する。
- ⑤ これらを円滑に進めるため、都道府県と市町村の間で、市町村が集まる会議や個別の市町村との連絡会議などにおいて、あらかじめ協議をすることなどが考えられる。

3 検証の対象範囲

死亡事故（注）の検証については、事例ごとに行う。

（注）SIDS（Sudden Infant Death Syndrome：乳幼児突然死症候群）や死因不明とされた事例も、事故発生時の状況等について検証を行う。

なお、死亡事故以外の重大事故として国への報告対象となる事例の中で、都道府県又は市町村において検証が必要と判断した事例（例えば、意識不明等）についても検証を実施する。（本通知において、地方自治体が検証を行うものを「死亡事故等の重大事故」という。）

都道府県又は市町村が検証を実施する死亡事故等の重大事故以外の事故やいわゆるヒヤリハット事例等については、各施設・事業者等において検証を実施する。

4 検証組織及び検証委員の構成

（1）検証組織

都道府県又は市町村における死亡事故等の重大事故の検証に当たっては、外部の委員で構成する検証委員会を設置して行う。

（2）検証委員の構成

検証組織の委員については、教育・保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある有識者とする。例えば、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等が考えられる。

また、検証委員会における検証に当たっては、必要に応じて関係者の参加を求める。

5 検証委員会の開催

- （1）死亡事故については、事故発生後速やかに検証委員会を開催する。また、死亡事故以外の重大事故については、年間に複数例発生している地域等、随時開催することが困難な場合、複数例を合わせて検証委員会を開催することも考えられる。

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

- (2) 検証を行うに当たって、関係者から事例に関する情報の提供を求めるとともにヒアリング等を行い、情報の収集及び整理を行う。この情報を基に、関係機関ごとのヒアリング、現地調査その他の必要な調査を実施し、事実関係を明らかにするとともに発生原因の分析等を行う。あわせて、調査結果に基づき、事故発生前・発生時の状況や発生後の対応等に係る課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討する。

また、プライバシー保護の観点から、委員会は非公開とすることも考えられる。公開又は非公開の範囲については、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、個別事例ごとに関係者を含めて十分に協議する。関係者へのヒアリングのみ非公開とするなど、「一部非公開」等の取扱いも考えられる。

なお、調査や検証を行う立場にある者に対し、これらの業務に当たって知り得たことについて、業務終了後も含み守秘義務を課すことに留意する。

- (3) 検証を行うに当たっては、保護者や子どもの心情に十分配慮しながら行う。

6 報告等

- (1) 検証委員会は、検証結果とともに、再発防止のための提言をまとめ、都道府県又は市町村に報告する。

- (2) 都道府県又は市町村は、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、原則として、検証委員会から提出された報告書を公表することとし、国へも報告書を提出する。あわせて、速やかに報告書の提言を踏まえた具体的な措置を講じ、各施設・事業者等に対しても具体的な措置を講じることを求める。また、都道府県又は市町村は、講じた措置及びその実施状況について自ら適時適切に点検・評価し、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても適時適切に点検・評価する。

- (3) 都道府県又は市町村は、検証委員会の報告を踏まえ、必要に応じ、関係機関、関係者に対し指導を行う。

第2 具体的な検証の進め方

1 事前準備

(1) 情報収集

検証の対象事例について、事務局は都道府県又は市町村に提出された事故報告等を通じて、下記の①から⑨の事項に関する情報収集を行う。この場合、事務局は、必要に応じて施設や事業者等からヒアリングを行う。市町村が実施する場合は都道府県の協力を得て行う。

- ① 子どもの事故当日の健康状態など、体調に関すること等（事例によっては、家族の健康状態、事故発生の数日前の健康状態、施設や事業の利用開始時の健康状態の情報等）
- ② 死亡事故等の重大事故に至った経緯
- ③ 都道府県又は市町村の指導監査の状況等
- ④ 事故予防指針の整備、研修の実施、職員配置等に関すること（ソフト面）
- ⑤ 設備、遊具の状況などに関すること（ハード面）
- ⑥ 教育・保育等が行われていた状況に関すること（環境面）
- ⑦ 担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士等の状況に関すること（人的面）
- ⑧ 事故発生後の対応（各施設・事業者等及び行政の対応）
- ⑨ 事故が発生した場所の見取り図、写真、ビデオ等

(2) 資料準備

- ① 「(1) 情報収集」で収集した情報に基づき、事実関係を時系列にまとめ、上記(1)の内容を含む「事例の概要」を作成する。「事例の概要」には、その後、明らかになった事実を随時追記していき、基礎資料とする。
- ② 当該施設・事業所等の体制等に関する以下のアからオの内容を含む資料を作成する。
 - ア 当該施設・事業所等の組織図
 - イ 職種別職員数
 - ウ 利用子ども数
 - エ クラス編成等の教育・保育体制等
 - オ その他必要な資料
- ③ 検証の方法、スケジュールについて計画を立て資料を作成する。
- ④ その他(検証委員会の設置要綱、委員名簿、報道記事等)の資料を準備する。

2 事例の内容把握

会議初回には、その目的が再発防止策を検討するためのものであり、関係者の処罰を目的とするものでないことを検証委員全員で確認した上で、検証の対象となる事例の内容を以下の項目に留意し、把握する。

(1) 確認事項

- ① 検証の目的
- ② 検証方法（関係者ごとのヒアリング、現地調査等による事実関係の確認、問題点・課題の抽出、問題点・課題に関する提案事項の検討、報告書の作成等）
- ③ 検証スケジュール

(2) 事例の内容把握

- ① 事前に収集された情報から事例の概要を把握する。
- ② 疑問点や不明な点を整理する。

3 問題点・課題の抽出

事例の事実関係が明確になった段階で、それを基に、なぜ検証対象の死亡事故等の重大事故が発生したのか、本事例が発生した背景、対応方法、組織の体制、その他の問題点・課題を抽出し、再発防止につなげる。抽出の過程で、さらに事実関係を明確化する必要がある場合、事務局又は検証委員会によるヒアリングや現地調査等を実施する。

この作業を徹底して行うことが、その後の具体的な提言につながることから、特に時間をかけて検討を行うとともに、検討に当たっては、客観的な事実、データに基づき建設的な議論を行うことが期待される。

4 検証委員会における提言

事例が発生した背景、対応方法、組織上の問題等、抽出された問題点・課題を踏まえ、その解決に向けて実行可能性を勘案しつつ、具体的な対策を講ずべき主体ごとに提言を行う。

なお、各施設・事業者等の対応など早急に改善策を講じる必要がある場合、検証の経過において、まず早急に講ずべき改善策について提言を行うことを考える必要がある。

その際、提言を受けた都道府県、市町村及び各施設・事業者等は、検証の全体の終結を待たずにできるだけ早急に具体的な措置を講じることも考える必要がある。

5 報告書

(1) 報告書の作成

① 事務局は、報告書に盛り込むべき以下のアからケの内容例を参考に、それまでの検証組織における審議結果を踏まえ報告書の素案を作成する。

ア 検証の目的

イ 検証の方法

ウ 事例の概要

エ 明らかとなった問題点や課題

オ 問題点や課題に対する提案（提言）

カ 今後の課題

キ 会議開催経過

ク 検証組織の委員名簿

ケ 参考資料

② 報告書の内容を検討、精査する。

③ 検証組織は報告書を取りまとめ、都道府県又は市町村に提出する。

（2）公表

各施設・事業所等における死亡事故等の重大事故について検証を行うことは、その後の事故の再発防止に密接に関連するものであり、事故に遭った子どもや保護者の意向にも配慮しつつ、原則として検証結果は公表すべきである。公表に当たっては、個人が特定される情報は削除する等、プライバシーの保護について十分配慮する。なお、公表の際には国に報告書を提出する。

（3）提言を受けての具体的な措置等

都道府県又は市町村は、報告書の提言を受けて、速やかに具体的な措置を講じるとともに、講じた措置及びその実施状況について自ら適時適切に点検・評価する。また、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても、都道府県又は市町村が適時適切に点検・評価する。

第3 検証に係る指導監査等の実施について

（1）死亡事故等の重大事故が発生した場合の指導監査等について

死亡事故等の重大事故が発生した場合、必要に応じて事前通告なく、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成18年法律第77号。以下「認定こども園法」という。）に基づく指導監査、児童福祉法に基づく指導監査及び指導監督、子ども・子育て支援法に基づく指導監査（以下「指導監査等」という。）を実施する。また、指導監査等の実施については、以下の表を参照すること。

○指導監査等の対象となる施設・事業、実施主体、根拠法及び監査指針等

| 施設・事業 | 指導監査等の実施主体 | 根拠法 | 監査指針等 |
|----------------------------|---------------------|----------------|--|
| ・特定教育・保育施設 ・特定地域型保育事業 | 市町村 | 子ども ・子育て支援法 | 子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等の指導監査について（平成 27 年 12 月 7 日府子本第 390 号、27 文科初第 1135 号、雇児発 1207 第 2 号） |
| 幼保連携型認定こども園 (*) | 都道府県 指定都市 中核市 | 認定 こども園法 | 「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律に基づく幼保連携型認定こども園に対する指導監査について」（平成 27 年 12 月 7 日府子本第 373 号、27 文科初第 1136 号、雇児発 1207 第 1 号） |
| 保育所 (*) | 都道府県 指定都市 中核市 | 児童福祉法 | 「児童福祉行政指導監査の実施について」（平成 12 年 4 月 25 日児発第 471 号） |
| 地域型保育事業 (*) | 市町村 | 児童福祉法 | 「児童福祉法に基づく家庭的保育事業等の指導監査について」（平成 27 年 12 月 24 日雇児発 1224 第 2 号） |
| ・認可外保育施設 ・認可外の居宅訪問型保育事業 | 都道府県 指定都市 中核市 | 児童福祉法 | 「認可外保育施設に対する指導監督の実施について」（平成 13 年 3 月 29 日雇児発第 177 号） |

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

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

(参考) 検証の進め方の例

検証は、下記の図のような流れで実施する。

