横浜市特定教育・保育施設等における
重大事故の再発防止のための検証委員会報告書

育児支援グループでの預かりで発生した誤嚥による死亡事故について

令和3年6月８日

横浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会

横浜市特定教育･保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会報告書

目　次

はじめに･･･ 1
第一章　　検証の目的及び方法･･･ 2
　１　検証の目的･･･ 2
　２　検証委員会の組織及び検証方法･･････････････････････････････････････ 2
　　（１）　検証組織･･･ 2
　　（２）　事例発生現場の確認・関係機関からの情報収集･････････････････ 2
　３　検証委員会の開催 ･･･ 3

第二章　　事例の概要・経緯･･ 4
　１　事例の概要･･･ 4
　２　活動の概要･･･ 4
　３　当該育児支援グループの運営状況と預かりの実態・保育者の資格の有無等 5
　　（１）　グループの運営･･ 5
　　（２）　子どもの預かりの実態･･･ 6
　　（３）　当該保育者の資格の有無等･････････････････････････････････････ 6
　４　横浜市が本事例を把握した経緯･･････････････････････････････････････ 6
　５　指導状況･･･ 6
　６　事故発生時の状況･･ 7
　　（１）　事故発生日･･ 7
　　（２）　事故発生日の預かりの状況･････････････････････････････････････ 7
　　（３）　当該児の情報･･･ 7
　　（４）　当該保育者から横浜市が聞き取りをした事故発生時の状況･････････ 7
　　（５）　事故発生現場･･･ 8

第三章　　本事例における論点と課題･････････････････････････････････････ 10
　１　論点･･･ 10
　２　課題･･･ 11
　　（１）　認可外保育施設の届出･･･ 11
　　（２）　研修内容の充実及び危機管理・安全管理の重要性の周知･･････････ 11
　　（３）　横浜市が発信する情報の整理・把握･････････････････････････････ 11
　　（４）　保育グループの活動の把握･････････････････････････････････････ 11
　　（５）　預ける側に対する安全性の確認の周知･･････････････････････････ 12

第四章　　再発防止のための提言 ･･･ 13

【提言１】ボランティア活動団体等への認可外保育施設の設置届出義務等の周知 13
【提言２】保育活動団体・保育者への継続した研修
（救急救命・危機管理等）受講の勧奨、環境づくり ･････････････････ 13
【提言３】保育活動団体・ボランティアへのサポートの充実･････････････････････ 14
【提言４】子育て支援に関する情報の信頼性の向上･････････････････････････････ 14
【提言５】預ける側が、安心して預け先を選択できる仕組みづくり･････････････ 14
【提言６】保育をする全ての保育者・保護者への安全な環境の周知･････････････ 15
【提言７】０歳児の安全な一時保育環境の拡充･････････････････････････････････ 15

委員名簿･･･ 16

参考資料

●横浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会設置運営要領
●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

令和元年5月、横浜市内で育児支援を行うグループのメンバー1 人が自宅で保育中、0歳11 か月の児童が亡くなるという事故が発生しました。ご冥福を心からお祈りするとともに、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。

横浜市においては、保育中の重大事故の再発防止策を検討するため、平成 28 年 11 月に「特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会」が設置されましたが、今回この委員会で初めて検証を行うこととなりました。

これまで他都市においてなされた検証の結果を受けて多くの再発防止策が提言され、事故防止に活用されてきました。

事故の中には、予期せぬ出来事が積み重なった結果であったり、それまでに具体的事例として示されたことのない事故もあります。こうした事故を防ぐには、事故につながる可能性に対する想像力を働かせた気づきが必要です。複数の人がかかわり、リスクがどこにあるか考え、共有し対応していくことが有効ですが、個人で保育する場合、他者の視点が入りにくく、複数で保育を行う場合に比べ、リスクが見過ごされやすくなってしまいがちです。

本件の育児支援を行うグループは、一時保育事業及び乳幼児一時預かり事業※など公的な取組だけでは、子育て世帯の多様化する保育ニーズに十分には対応しきれない中、子どもの預かりを始め、長年一時保育を必要とする人の支えとなっていたといえます。

本グループは区役所で配布する子育て情報誌への掲載や外郭団体からの補助を受けるなど、行政等とのかかわりが全くないという状況ではありませんでした。しかし、平成 27 年、28 年の法令の改正に伴い、認可外保育施設としての届出が必要となったことを認知できず、届出していませんでした。このため、行政からの研修やアドバイスの機会の提供などがほとんどない状況でした。

子どもを預かる行為は、専門家だけでなく、様々な団体や人によってなされていますが、実態の把握や関係機関の連携、研修や事故への意識啓発等、様々な課題があることも事実です。行政からのアドバイスや情報提供を受けられるよう、ボランティアの統括組織などが、行政につないでいくことも事故防止につながります。

子どもの保育にかかわる全ての人が、子どもの重篤な事故を起こさないために何ができるかという意識をもち、それぞれの立場で出来ることを行っていくことの大切さをこの検証の中で改めて実感しました。

最後に、本報告書の内容を踏まえ、同じような事故が二度と起きないよう、行政が中心となって関係者が連携し事故防止の取組が一層推進される一助となることを強く希望します。

横浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会
委員長　石井　章仁

※横浜市における「一時保育事業」は認可保育所・横浜保育室で行っており、「乳幼児一時預かり事業」は認可外保育施設のうち市で補助を交付している施設で行っています。事業内容については両者とも同様に保育を提供しています。

第一章　検証の目的及び方法

1 検証の目的

検証委員会は、本事例について、事実関係の把握や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を検証の目的として確認し、検証を進めてきました。本検証は、事例発生の事実把握、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、関係者の処罰を目的とするものではないことを付記します。

なお、「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」（内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）等通知（平成 28 年3月 31 日付府子本第 191 号等））においても、下記のとおり、同様の目的が述べられています。

> 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ありません。　（通知一部抜粋）

2 検証委員会の組織及び検証方法

(1) 検証組織

横浜市では、平成 28 年度に「特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会」（以下「検証委員会」という。）を設置しました。

本検証委員会は、教育・保育分野の学識経験者、医師、弁護士、現場経験豊富な幼児教育・保育関係者等で構成されています。

(2) 事例発生現場の確認・関係機関からの情報収集

横浜市は令和2年2月に当該事故を把握し、同月、現場の状況や経緯を確認するために、当該保育従事者へヒアリングを実施しました。事例発生現場については、その際の記録をもとに発生現場の状況を確認しました。

検証の過程において把握が必要と考えられた事項については別途、関係者等へのヒアリングを行い確認しました。

３ 検証委員会の開催

様々な角度からの議論を踏まえた検証を行うことや、プライバシー保護の観点から、検証委員会を非公開としました。

第1回　令和3年1月 27 日（水）

(1) 検証の方法及びスケジュールについて

(2) 事例の説明・現場視察及びヒアリング結果の報告

(3) 問題点・課題の抽出等

第2回　令和3年2月 25 日（木）

(1) 問題点・課題点の整理

(2) 提言の検討、報告書骨子案の検討等

第3回　令和3年3月５日（金）

(1) 報告書のとりまとめ

第4回　令和3年6月８日（火）

(1) 報告書案確認

第二章　事例の概要・経緯

1　事例の概要

本事例は、令和元年5月、午前9時 53 分、市内の個人宅での預かり（※）において、0歳 11 か月の児童が保育中に意識がなくなった状態となったことに保育者が気づいたため、保護者への連絡や救急車の要請をしながら、当該児へ救急救命措置（心臓マッサージ）をしました。当該児は、救急隊によって救急搬送されましたが、搬送先の病院で死亡が確認されました。なお、当該児の死因は異物（サボテンの花が開花後に萎んだもの）を気管に詰まらせたことによる窒息でした。

（※）子どもを保育するという活動状況であったことから届出対象の認可外保育施設に該当するが、当該の育児支援を行うグループ（以下、「育児支援グループ」という。）は未届であった。

2　活動の概要

活動の概要	
活動内容	育児支援 保育内容としては認可外保育施設、認可外の居宅訪問事業に該当。
活動開始時期	平成 19 年頃
活動拠点	横浜市内
活動時間	個別対応
活動メンバー	6人（※代表者含む。雇用関係にはなく、報酬等の支払いもなし）
利用形態	＜利用料金＞ 400 円～900 円（30 分～1 時間あたり） （保育者1人につき1人、きょうだいの場合は、2 人まで） ※活動を開始してから通算で 120～130 世帯が利用登録。
保育の形態	保育者の自宅または、利用者の自宅。 なお、保育者の自宅での預かりは、本事例の当該保育者のみ。他のメンバーは利用者の自宅での預かりを実施。

３ 当該育児支援グループの運営状況と預かりの実態・保育者の資格の有無等

(1) グループの運営

平成 19 年から当該育児支援グループは、活動を始めました。平成 19 年の時点では、1日に預かる乳幼児の数が5人以下の認可外保育施設については、認可外保育施設の届出は必要ではありませんでした。

その後、児童福祉法が改正され、平成 27 年度に、認可外の居宅訪問型保育事業者の各自治体への設置届が義務化され、平成 28 年度に、5人以下を預かる認可外保育施設の各自治体への設置届が義務化されました。当該保育者は、育児支援グループとして、「有償で行う保育ボランティア」であるとの認識を持っていたため、認可外保育施設設置届は未届でした。

また、平成13年から約10年間、当該保育者は、「横浜子育てサポートシステム」※の提供会員登録をしていました。この横浜子育てサポートシステムで行っていた活動と、ほぼ同内容の活動を育児支援グループとして独自に行っていました。活動内容が類似しており、横浜子育てサポートシステムとして保育を提供しているのか、育児支援グループの活動として提供しているのかの区別が困難となったため、その後、育児支援グループの活動に専念するため、横浜子育てサポートシステムからは退会しました。

当該保育者のほか、メンバーは5人いますが、雇用関係はありませんでした。利用料は、メンバー各々が利用者から直接受け取っていました。

なお、現在、当該保育者はこの育児支援グループの活動は行っていません。

※「子どもを預かってほしい人」が利用会員として、「子どもを預かる人」が提供会員として、それぞれ登録し地域ぐるみの子育て支援を行う有償の支えあいの活動。保育所などへの送迎や、リフレッシュのための一時預かりなどを行っている。
提供会員になるには、一定の研修受講が必須とされている。

【参考】 認可外保育施設に関する国制度等の変遷

昭和 57 年	児童福祉法の改正により、都道府県知事（指定都市及び中核市の長含む）に認可外保育施設に対する報告徴収及び立入調査を実施する権限が規定された。
平成 14 年	平成 12 年から 13 年にかけて、認可外保育施設における乳幼児の死亡事故が相次ぎ、社会問題化したことから、認可外保育施設に対する監督を強化することを目的として、児童福祉法が改正され、届出制となった。 ※この時点では、1日に預かる乳幼児の数が5人以上の認可外保育施設について届出の対象となった。

平成 27 年	児童福祉法の改正により、居宅訪問型の認可外保育施設について、届出の対象となった。
平成 28 年	児童福祉法施行規則の改正により、1日に預かる乳幼児の数が5人以下の認可外保育施設についても届出の対象となった。
令和元年	児童福祉法施行規則の改正により、すべての事業所内保育施設について届出の対象となった。
令和元年	子ども・子育て支援法の改正により、幼児教育・保育の無償化が開始され、その対象に認可外保育施設も含まれることとなった。 ※無償化の対象となる施設の条件は、認可外保育施設指導監督基準を満たすこととされた。なお無償化開始後5年間は経過措置として、基準を満たさない施設でも無償化対象とされた。

※児童福祉法第 62 条の4により、届出を行わない、または虚偽の届出をした者は、50 万円以下の過料が科されることとなっている。

(2) 子どもの預かりの実態

当該育児支援グループは、まず、利用する保護者、子ども、実際に預かる保育者の3者で面談をし、書面で子どもの健康状態等や保護者連絡先等をやり取りしていました。また、注意事項等も書面で保育者から利用者へ渡していました。

当該育児支援グループは、当該保育者宅と利用者居宅での預かりを実施していました。なお、保育者の自宅での預かりは、本事例の保育者のみが行っていました。

(3) 当該保育者の資格の有無等

当該保育者は、保育士又は、看護師の資格はありませんでしたが、保育などに関する民間資格等（チャイルドマインダー、認定ベビーシッター、子育てアドバイザー）は保有していました。また、横浜子育てサポートシステムの提供会員となっていた時期があったため、提供会員になる際に3日間の研修を受講しました。

育児支援グループとしての活動期間中、当該保育者は、保育に関する講演会への参加や、救急救命・保育内容・子育て支援等の研修を受講していました。

4 横浜市が本事例を把握した経緯

令和2年2月に、警察から横浜市へ、横浜市の保育施設の制度などについて問合せがありました。横浜市内の保育者宅で預かった児童が異物を誤嚥して死亡し、捜査しているとのことで、その問合せにより、横浜市は今回の事故を把握しました。

5 指導状況

当該保育グループからは、認可外保育施設や認可外の居宅訪問型事業者の届出がされていなかったため、横浜市は、立入調査等を行う施設として把握できていませんでした。今回の事故を受けて、令和2年2月に児童福祉法に基づく特別立入調査を実施しました。

6 事故発生時の状況

(1) 事故発生年月
令和元年5月

(2) 当該児の情報
当時0歳 11 か月の児童（第3子）

(3) 事故発生日の預かりの状況
当該児と第2子（当時2歳）の2人を当該保育者が1人で預かっていました。※
※当該保育者は、当該家庭の第3子である当該児、及び第1子、第2子を含め、約10 年前から断続的に当該家庭の子を預かっていた。

(4) 当該保育者から横浜市が聞き取りをした事故発生時の状況

事故発生年月： 令和元年5月	
当日	当該児と第2子（2歳児）の預かりを決定した。
9時 11 分頃	当該保育者は、当該児と第2子（2歳児）の2人を母から預かった。その際、前日に当該児が予防接種を受けた旨について母から話があった。 当該保育者は、一人で保育をしていた。
9時 15 分頃	保護者が当該保育者へ渡したかばんの中にあったおやつを、第2子が見つけ、第2子が食べたがった。
9時 30 分頃	当該保育者はダイニングテーブルに子ども用の補助椅子をつけて、第2子におやつをあげた。当該児がリビングルームで、おもちゃで遊んでいるのを確認していた。…図①

9時 40 分頃～ 9時 50 分頃	おやつ後、当該保育者、当該児、第2子の3人はリビングルームで折り紙などして遊んでいた。…図②
	当該保育者のペットがリビングルームからダイニングルームへ移動し、それを当該児が這って追いかけた。…図③ ダイニングルームは、当該保育者がいた位置から死角になる部分だったので、当該保育者は危ないと思い、追いかけたところ、当該児がダイニングルームの床に座ったあと、嘔吐を3回繰り返し、そのまま意識不明となった。
9時 53 分頃	当該保育者が、保護者への連絡や救急車の要請をしながら、当該児へ救急救命措置（心臓マッサージ）をした。救急隊到着後は、隊員へ引き継ぎ、病院へ搬送された。
11 時 28 分	病院にて当該児の死亡が確認された。
12 時 50 分	病院から警察へ通報があった。
後日	司法解剖の結果、サボテンの花が開花後に萎んだものを気管に詰まらせたことによる窒息と判明した。

(5) 事故発生現場

図① 保育者…★、第2子…●、当該児…▲、保育者のペット…■

図②

図③

事故発生前、当該児（▲）は保育者のペット（■）を追ってリビングルームから矢印の方向（ダイニングルーム）に向かっていった。

第三章　本事例における論点と課題

1　論点

(1)　本事例は、保育中の異物の誤嚥による窒息でしたが、本委員会では、保育施設でのみ発生する事故ではなく、どんな家庭でも発生しうる事故であったという視点を持ちながら検証しました。事故が発生したのは、当該家庭が数年前から預けることがあった保育者の自宅であり、保育のためだけに用意された空間ではありませんでした。

(2)　当該育児支援グループは、ボランティア活動であるという自認のもと活動しており、認可外保育施設として、届出の対象とは認識していませんでした。認可外保育施設としての届出がなされていなかったため、横浜市は、通常の認可外保育施設に対して実施している定期立入調査などを行うことができませんでした。約1m の高さがあるソファの配置により生じる死角や、当該保育者のペットと同じスペースで過ごしていたといった点について、0歳児を保育する安全な環境であるかということを横浜市が確認できる機会はありませんでした。

(3)　当該育児支援グループは、ボランティア団体として活動するにあたり、社会福祉協議会の助成金を申請し、利用していました。

　また、当該育児支援グループが複数年にわたって掲載されていることが確認できる子育て情報紙については、「制作」は外部団体、「協力」は区役所、となっていました。作成には区役所は直接関わっておらず、掲載された団体ついて、認可外保育施設の設置届の有無は確認していませんでした。なお、当該育児支援グループは平成 19 年から活動を始めており、横浜子育てサポートシステム提供会員としては平成 13 年から約 10 年間登録していました。認可外の居宅訪問型保育事業者の設置届が義務化されたのは平成 27 年度、5人以下を預かる認可外保育施設の設置届が義務化されたのは平成 28 年度からでしたが、この際に横浜市からボランティア活動団体へ特段の周知は確認できていません。

(4)　本委員会では、救急救命の講習はもちろんのこと、合わせて、事故防止の観点での危機管理・安全管理に関する保育者への研修も広く必要であるとの認識で検証を行いました。

　保護者からも同様に、「今回の検証に際して、横浜市の窓口から渡された子育て支援情報誌に掲載されていた団体だったため安全だと思っていた。ボランティア団体を利用しているという認識は持っていなかった。今後は事業者への調査を行い、安心して預けられ

る事業者を紹介してほしい。救急救命の講習も積極的に実施してほしい」という訴えがありました。

認可保育所等で行う一時保育事業の拡充は必要ですが、0歳児を保育するリスクについて、地域の保育活動団体及び保護者も含めて広く周知を行うことにより、子どもが健やかに育つ環境が醸成されます。横浜市で現在活発に行われている各種子育て支援活動が、今後も継続し、より安全に行われるよう、横浜市のサポートが必要です。

2 課題

(1) 認可外保育施設の届出

横浜市内には、認可外保育施設の設置届が必要であるにもかかわらず、その認識をしていないボランティアグループ等の団体が、子どもを預かっている実態があると考えられます。横浜市は、保育活動を行っているボランティア団体へ設置届の必要性など適切な情報発信を行うことが必要です。

(2) 研修内容の充実及び危機管理・安全管理の重要性の周知

横浜市は、認可外保育施設の設置届が出された施設であれば、適宜、誤飲誤嚥等に関する注意喚起をしていますが、届出のない団体や保育者に対しては、注意喚起等を行うことが困難です。そのため、届出がされていない子どもを預かる実態がある団体等は、救急救命、危機管理、安全管理等の研修受講について、横浜市からの周知がされていません。

横浜市は、保育を行う団体等に対して、危機管理や安全管理などに関する通知や研修を周知するとともに、より充実した内容の研修を行う必要があります。

特に、0歳児の保育はより安全性の確保に注意を要するため、実施する団体へは適切な危機管理・安全管理について周知を行う必要があります。

(3) 横浜市が発信する情報の整理・把握

各区役所にて配布している子育て支援に関する情報誌において、その活動内容について、安全な体制で実施できているのか(どのようなスタッフで構成されているのか、どのような環境の中で活動をしているのかなど)、区役所で把握していないケースが見受けられます。横浜市から積極的に配布する情報については、利用者が安心して使えるよう、情報の精査が必要です。

(4) 保育グループの活動の把握

社会福祉協議会では、地域で活動するボランティア団体に対し、助成金の交付や保

険の加入を受け付けており、ボランティア活動の促進を行っています。このようなボランティアの統括団体は、ボランティア団体や活動概要を把握しており、研修等の周知を日頃から行っていると考えられることから、横浜市は、ボランティアの統括団体と適切に情報共有できるよう体制を整える必要があります。

(5) 預ける側に対する安全性の確認の周知

横浜市では、「よい保育施設の選び方十か条」、「ベビーシッターなどを利用する際の留意点」（共に厚生労働省作成）を横浜市ホームページで案内するなどしていますが、乳幼児、特に0歳児を保育するうえで気を付けるべきポイント等について、預ける側に対して十分認知されていません。横浜市は、利用者自身もより安全な預ける場所を探せるよう、気を付ける点を周知する必要があります。

第四章　再発防止のための提言

本検証委員会として再発防止のために、保育をするすべての保育者の安全管理・危機管理意識を高め、保育の質が向上するよう、以下の提言を行います。

【提言1】ボランティア活動団体等への認可外保育施設の設置届出義務等の周知

横浜市は、認可外保育施設の設置届があることにより、定期立入調査を実施し、保育施設の実態を把握し、適切な対応をすることができる。また施設は、運営状況報告書を毎年区役所に提出することにより、園の運営や保育の状況について振り返ることができる。横浜市は、ボランティア団体などの地域で活動する団体であっても認可外保育施設の設置届等により活動内容などを把握するように努めること。

また、横浜子育てサポートシステムへの登録の場合も、提供を行う会員は、登録の際に一定の研修の受講が必須となっており、安全な保育環境の確保につながるため、活動内容に応じて提供会員への登録も促すこと。

【提言2】保育活動団体・保育者への継続した研修（救急救命・危機管理等）受講の勧奨、環境づくり

横浜市は、子どもの保育を実施している全組織・全保育者を対象に、危機管理、安全管理等の研修受講を勧奨すること。ボランティア活動を規制するのではなく、活動を継続しながら、安全性が高まる支援を検討すること。

例えば、研修を毎年受講すると受講証が交付され、活動団体自身が受講状況を広報できると、利用者の獲得にもつながる。また、利用者も、より安心して預けることが可能となる。

なお、保育活動団体に対しては、特に0歳児保育のリスクなど、それぞれの発達状況を理解した上で保育を行えるよう、横浜市はサポートすること。

【提言3】保育活動団体・ボランティアへのサポートの充実

横浜市とボランティアの統括団体が連携を図るなどにより、子どもを預かっている実態があると考えられる保育グループの活動内容を把握し、安全な保育が実施できるようサポートをしていくこと。

また、保育者が横浜市に助言を求めることができる体制を整え、支援が必要な家庭への対応等については、例えば緊急一時保育などの横浜市が行う保育資源を紹介できるように制度の周知を、保育活動団体に行うこと。

【提言4】子育て支援に関する情報の信頼性の向上

各区役所は、作成・発行にかかわる子育て支援情報誌に掲載されている団体の活動内容を把握すること。特に、子どもを預かる施設については、届出の有無や活動の実態の確認、研修受講の勧奨を行うこと。

【提言5】預ける側が、安心して預け先を選択できる仕組みづくり

横浜市は、預ける側に対して乳幼児、特に0歳児を預けるうえで、気を付けるべきポイント等について、十分周知すること。

例えば、厚生労働省の「よい保育施設の選び方　十か条」、「ベビーシッターなどを利用する際の留意点」等を参考にしたチラシを作成・配布するなどし、預ける側へ、より安全な預け先を選ぶポイントを積極的に周知すること。

【提言6】保育をする全ての保育者・保護者への安全な環境の周知

本事例は、当該育児支援グループ以外の保育施設や家庭でも起こる可能性がある事故である。そのため、横浜市は、子育てに関わる全ての保育者・保護者に対して危機管理や安全な環境について周知していくこと。保育者・保護者の双方が、危機管理について共通の認識を持つことで、より安全な保育環境が醸成される。

また、地域の保育活動を利用している現在の子育て世代が、将来的に、地域活動の提供者となった時に、安全な保育のための環境管理・危機管理を把握したうえで、活動を行うことができる。

例えば、発達段階に合わせた事故防止のチラシを作成し、適切なタイミングで渡せるような仕組みを作ること。

【提言7】0歳児保育の安全な一時保育環境の拡充

0歳児保育のための環境の整った認可保育所等の一時保育についてさらなる拡充を図ること。

一方、現在、保護者のニーズに対応しながら認可外保育施設やボランティア活動団体でも0歳児保育を行っている。0歳児保育は特に安全性の確保に注意を要する。これらの団体に対しても、リスクを認識して保育を行うよう、横浜市がサポートをすること。

委員名簿

特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会委員会名簿

氏名	所属・役職
石井　章仁	大妻女子大学　家政学部児童学科　准教授
山瀬　範子	國學院大學　人間開発学部子ども支援学科　准教授
池宗　佳名子	神奈川県弁護士会　所属弁護士
川越　理香	一般社団法人　横浜市医師会　常任理事
城所　真人	東京都社会福祉協議会　理事・保育部会部会長 社会福祉法人稲城青葉会　城山保育園南山　理事長・園長
木村　明子	保育者の専門性研究会　世話人
箕輪　恵美	全国国公立幼稚園・こども園長会　会長 中央区立有馬幼稚園　園長

横浜市特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会設置運営要領

制定：平成 28 年 11 月 1 日　こ保運第 1802 号（局長決裁）
最近改訂：令和３年３月 29 日　こ保運第 5046 号（局長決裁）

（目的及び設置）
第１条　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等（以下、「保育・教育施設等」という。）における子どもの死亡事故等の重大な事故について、事実の把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討することを目的とし、特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会（以下、「検証委員会」という。）を、横浜市児童福祉審議会運営要綱第４条第 11 項に基づく児童福祉審議会保育部会の下部組織として設置する。

（構成）
第２条　検証委員会の委員は、児童福祉審議会保育部会委員及び横浜市児童福祉審議会運営要綱第３条に基づく臨時委員のうち、原則７人の委員を選定して構成する。
２　検証委員会に委員の互選による委員長を１名置く。

（業務）
第３条　検証委員会は、次の業務を行う。
（１）保育・教育施設等における死亡事故及び、死亡事故以外の重大な事故として国への報告対象となる事例の中で、こども青少年局で検証が必要と認める事例につき、必要な検証を行う。
（２）検証の結果は、報告書を作成のうえ、児童福祉審議会保育部会において報告する。

（委員の任期）
第４条　委員の任期は児童福祉審議会の任期とする。

（検証方法）
第５条　検証は、次の方法により行う。
（１）事例ごとに行うが、複数例を合わせて行うことも差し支えないこととする。
（２）施設や事業者、区、関係機関等から事故事例に関する情報の提供を求めるとともに、必要に応じて、ヒアリング等の調査を行う。
（３）調査結果を踏まえ、課題等を明らかにするとともに、再発防止策のために必要な事項を検討する。

（守秘義務）
第６条　検証委員会の委員は、職務上知ることができた秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

（会議の非公開等）
第７条　プライバシー保護の観点から、会議は非公開とすることができる。

（事務局）
第８条　運営に必要な事務は、こども青少年局子育て支援課が行うこととする。

附　則
この要領は平成 28 年 11 月１日から施行する。
附　則
この要領は令和３年４月１日から施行する。

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。

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。

事前準備	●関係者から事例に関する情報収集、 概要資料（事例の概要）作成 ●現行の教育･保育施設等の職員体制等 検証に必要な関係資料作成
会議初回	○検証の目的の確認 ○検証の方法、スケジュールの確認 ○事例の内容把握
会議開催	○問題点・課題の抽出 ○●必要に応じて、ヒアリングや現地調査等の実施 ○問題点・課題に対する提言の検討 ●報告書素案を作成 ○報告書の内容を検討
会議最終回	○報告書の取りまとめ
報告書取りまとめ	●報告書の公表。国への報告書の提出。 ●提言を基に再発防止策の措置を講ずる （注）　●事務局作業 ○会議における議事内容