



山口市保育施設等事故検証委員会
報告書

平成30年1月

山口市保育施設等事故検証委員会

目 次

はじめに	1
検証にあたっての基本的な考え方	2
1. 事故の概要と検証の観点	3
2. 事故検証の経過	
(1) 委員会設置の経緯	4
(2) 委員の構成	4
(3) 委員会開催状況	5
(4) ヒアリングの実施	
ア. 調査目的	6
イ. ヒアリングの内容等	6
(5) 資料等の収集・精査	
ア. 資料収集に関する考え方	7
イ. 資料一覧	7
3. 本件の概要	
(1) 当該施設の概要	11
(2) 勤務体制	11
(3) 児童の登園状況	
ア. 12月11日(水)の欠席状況(全クラス)	12
イ. 12月2日から11日の1歳児クラス (Aさんの在籍クラス)の欠席状況	12
(4) Aさんに関する情報	12
(5) 当日の保育状況	
ア. 登園からの事実経過	13
イ. 事故発生時の位置関係図	17
4. 市における事故後の対応	18
5. 本件の背景に関する分析	
(1) 保育に関する分析	
ア. 児童の受入体制について	20
イ. 保育士間での情報の共有について	20
ウ. 体調不良の児童の見守りについて	20

（２）施設の危機管理体制に関する分析	.....	21
（３）児童の健康状態に関する分析	.....	21
（４）医療的見地からの保育施設の対応に関する 分析	.....	22
（５）保護者の対応に関する分析	.....	22
（６）総括	.....	22
6. 再発防止策		
（１）児童の健康状態等の把握について	.....	23
（２）事故防止、危機管理の徹底について	.....	23
7. 事故防止のための対策に関する提言	.....	24
おわりに	.....	26
資料：山口市保育施設等事故検証委員会設置条例	.....	27

はじめに

本報告書は、平成25年12月に山口市内の認可保育施設において発生した1歳の女児の死亡事故について検証を行い、保育施設における重大事故の再発防止に資する提言をまとめたものである。

保育施設における死亡事故は、将来ある子どもの尊い命が失われることにより、保護者に深い悲しみを抱かせることになる。また、保育施設においても、お預かりした子どもがお亡くなりになったことによる混乱が生じるとともに、保育士にとっても辛い体験となってしまう。

本件に関しては、死亡した児童の保護者から「娘の死亡事故を適切に検証し、再発防止に役立ててほしい」という旨の要望書が市へ提出されている。本検証委員会では、こうした保護者の思いを真摯に受け止め、「子どもの死」という悲しみや辛さを保護者、保育施設双方に生じさせることのないよう、同様の事故が二度と起きることのない、安全・安心な保育が行われるための具体的な提言をまとめることを念頭に検証にあたったものである。

平成30年1月

山口市保育施設等事故検証委員会
委員長 白石敏行

検証にあたっての基本的な考え方

本検証委員会は、「山口市保育施設等事故検証委員会設置条例」に基づき設置されたものである。同条例における本検証委員会の設置目的は、「保育施設等で当該保育施設等を利用する子どもが死亡し、又は重篤な傷病を負う事故が発生した場合において、当該事故の発生原因及び再発防止のための措置について調査審議させる」（同条例第1条）こととされている。

本検証委員会における検証は、事故に関する当事者の処罰や責任追及を目的として行うものではなく、提供された資料に基づき、公正・中立な観点から検証を行い、その内容から今後の具体的な再発防止策を検討するために行うものである。

1. 事故の概要と検証の観点

本件は、平成 25 年 12 月 11 日 13 時 15 分頃、山口市内の認可保育施設（以下「当該施設」という。）において、1 歳 9 か月の女兒（以下「A さん」という。）が、保育中に発熱し、迎えに来られた保護者が A さんの異変に気付いたことから、隣接市の医療機関に救急搬送されたが、その後、死亡が確認された事案である。死因は急性心機能不全の疑いとされている。

本検証委員会の検証に際しては、客観的な資料の収集や保護者、当該施設双方からのヒアリング調査を実施し、可能な限り事実の把握に努めたものの、当事者間で事実認識が異なる点があった。こうしたことから、本件の検証においては、提供された客観的資料と当事者の事実認識が一致する部分に基づき、可能な限り事実認定を行った上で検証作業を行い、事故の再発防止策を検討することとした。また、保護者、当該施設双方の認識に関してはそれぞれを記載することとした。

なお、本件に関しては平成 26 年 11 月に民事訴訟が提起され、本検証委員会における検証期間内においても係争中である。

2. 事故検証の経過

(1) 委員会設置の経緯

保育施設等における重大事故に関しては、平成 28 年 3 月 31 日付けで国から「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」と題する通知(以下「国通知」という。)が発出され、保育施設等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、第三者で構成される検証委員会を開催することとされた。

これを受けて、山口市(以下「市」という。)においても、保育施設等における重大事故の再発防止のための措置について、調査審議を行う附属機関を設置するため、平成 28 年 12 月に「山口市保育施設等事故検証委員会設置条例」が制定された。

本件は、国通知発出前の平成 25 年 12 月に発生したものであるが、Aさんの保護者から、平成 28 年 10 月 6 日付けで本検証委員会の設置等に関する要望書が提出されたことを踏まえ、平成 29 年 3 月 14 日付けで本件を対象とする本検証委員会を設置することとなった。

(2) 委員の構成

役 職	氏 名	区 分	所属団体
委員長	白石 敏行	保育	山口大学
副委員長	中嶋 善英	法律	山口県弁護士会
委員 (五十音順)	岡本 範子	医療	山口県看護協会
	濱本 史明	医療	吉南医師会
	姫井 正樹	保育	山口県保育協会

(3) 委員会開催状況

開催回	開催日	公開／非公開	議事内容等
第1回	平成29年3月14日(火)	公開	1. 委員委嘱 2. 委員長、副委員長選出 3. 議事 (1) 確認事項 ① 検証の目的 ② 会議の公開・非公開 (2) 事故の内容把握 ① 当該施設の概要 ② 事故の概要 (3) 今後の検証の進め方 ① 検証の方法 ② 検証のスケジュール
第2回	平成29年4月28日(金)	公開	1. 議事 (1) 収集した資料の整理・意見交換 ① 当該施設に関すること ② Aさんの健康状態等に関すること ③ 事故発生後の対応に関すること ④ 民事事件記録 (2) 保護者、当該施設へのヒアリング内容の検討
第3回	平成29年6月12日(月)	非公開	1. 議事 (1) 保護者からのヒアリング (2) ヒアリング内容の整理
第4回	平成29年7月4日(火)	非公開	1. 議事 (1) 当該施設からのヒアリング (2) ヒアリング内容の整理
第5回	平成29年10月27日(金)	公開	1. 議事 (1) 報告書(案)の構成 (2) 本件の背景に関する分析 (3) 再発防止策
第6回	平成29年12月20日(水)	公開	1. 議事 (1) 報告書(案)の確認

(4) ヒアリングの実施

ア. 調査目的

事故発生時の状況やその後の対応状況、事故に関する環境的要素や児童の身体的要素等の把握を目的として、Aさんの保護者、当該施設の運営法人理事長、施設長、保育士に協力をいただき、ヒアリングを実施した。

イ. ヒアリングの内容等

実施日	対 象	調査内容
平成 29 年 6 月 12 日 (月)	Aさんの保護者	<ul style="list-style-type: none">・ Aさんの健康状態について・ 事故当日の状況について・ Aさんの死因について・ 当該施設の事故後の対応について
平成 29 年 7 月 4 日 (火)	当該施設 運営法人理事長 施設長 保育士	<ul style="list-style-type: none">・ 児童の見守り体制について・ Aさんの健康状態について・ 事故当日の状況について・ 当該施設の安全管理体制について

なお、事故に関する環境的要素を詳細に把握するためには、事故が発生した施設の現地調査を実施することが望ましいが、当該施設は老朽化のために建て替えを行っており、施設が現存していないため、施設の概要把握は図面及び写真により行った。

(5) 資料等の収集・精査

ア. 資料収集に関する考え方

本検証委員会による資料収集について、各関係機関に委員会の位置づけや目的等の説明を行い、その上で資料の提供が可能かどうか照会したところ、いずれの機関とも、第三者による情報公開請求では個人情報を含む文書は開示できず、当事者が個人情報開示請求を行えば、開示が可能なものについては開示するとの回答を得た。また、市が保有する個人情報等の目的外利用に関しても、検証委員会への資料提出はその範疇を超えているとの見解であった。このことから、検証委員会で検証作業を行う上で必要となる各関係機関が保有する個人情報を含む資料を収集するには、当事者に個人情報開示請求をしていただき、入手した資料を提供していただく必要があることが判明した。

ただ、本件に関しては民事訴訟が提起されていたことから、民事訴訟法に基づき本件に係る事件記録の謄写を請求し、当該事件記録の写し（以下「事件記録」という。）を取得することができた。そこで、本件の検証においては、市または山口県（以下「県」という。）が保育行政を行う上で保有する資料及び保護者、当該施設から提供された資料に加えて、事件記録も活用することとした。

イ. 資料一覧

第1回委員会

資料名	提供元
当該施設の施設概要	山口市
事故発生からの経緯	山口市
保育所及び認可外保育施設事故報告様式 (平成26年8月27日付け)	山口市

第2回委員会

資料名	提供元
平成25年度私立保育所指導監査の結果 について（通知）	山口市
平成25年度児童福祉施設指導監査資料	山口市
平成26年度私立保育所指導監査の結果 について（通知）	山口市
平成26年度児童福祉施設指導監査資料	山口市
当該施設保育士勤務表（平成25年12月分）	山口地方裁判所（事件記録）
当該施設保育士出勤簿（平成25年度分）	山口地方裁判所（事件記録）

Aさん 在籍クラスの児童出席簿 (平成25年12月分)	山口地方裁判所 (事件記録)
Aさん 児童票	山口地方裁判所 (事件記録)
Aさん 生育歴	山口地方裁判所 (事件記録)
Aさん 児童健康等調査票	山口地方裁判所 (事件記録)
12月2日から12月11日のAさん の健康状態記録	山口地方裁判所 (事件記録)
救急出場報告書	山口地方裁判所 (事件記録)
死体検案書	山口地方裁判所 (事件記録)
検視調書	山口地方裁判所 (事件記録)
救急部看護記録Ⅰ、Ⅱ	山口地方裁判所 (事件記録)
患者個別カルテ情報	山口地方裁判所 (事件記録)
電話録取用紙(件名:解剖結果 (中間回答)について)	山口地方裁判所 (事件記録)
捜査報告書	山口地方裁判所 (事件記録)
陳述書(Aさんの母)	山口地方裁判所 (事件記録)
陳述書(Aさんの父)	山口地方裁判所 (事件記録)
陳述書(当該施設の施設長)	山口地方裁判所 (事件記録)
保育士陳述書(事故発生時Aさん の在籍クラスを担当していたA 保育士)	山口地方裁判所 (事件記録)
保育士陳述書(事故発生時Aさん の在籍クラスを担当していたB 保育士)	山口地方裁判所 (事件記録)
保育士陳述書(事故発生時Aさん の在籍クラスを担当していたC 保育士)	山口地方裁判所 (事件記録)
時系列表(保護者からの聴取により 代理人弁護士が作成したもの)	山口地方裁判所 (事件記録)
補充時系列表(上記時系列表を補 充したもの)	山口地方裁判所 (事件記録)
当日の保育士の動き(当該施設が 作成したもの)	山口地方裁判所 (事件記録)
Aさん 在籍クラス保育室12月11日の配 置(当該施設が作成したもの)	山口地方裁判所 (事件記録)
12月11日の欠席状況(全クラス) (当該施設が作成したもの)	山口地方裁判所 (事件記録)
12月2日から11日のAさん 在籍クラスの欠席状況(当該施設 が作成したもの)	山口地方裁判所 (事件記録)

平成 25 年度危機管理マニュアル(当該施設が作成したもの)	山口地方裁判所 (事件記録)
当該施設平面図 (平成 25 年度)	山口市 (当該施設から提供された資料を基に山口市で作成)

第 3 回委員会

資料名	提供元
解剖執刀医回答書 (書面による証人尋問に回答したもの)	山口地方裁判所 (事件記録)
小児科医照会事項回答書 (当該施設が解剖執刀医以外の医師へ意見照会を行ったもの)	山口地方裁判所 (事件記録)

第 4 回委員会

資料名	提供元
業務報告 (件名: 認可保育所における死亡事故の発生に係る聞き取りについて)	山口県
救急部看護記録についての保護者、当該施設の主張	山口市 (内容は事件記録からの抜粋)
山口市内認可保育所、認定こども園、地域型保育事業所における事故防止のためのビデオカメラ設置状況調査結果 (平成 29 年 6 月時点: 山口市が調査、作成したもの)	山口市
山口市保育施設等事故検証委員会報告書構成 (案)	山口市

第 4 回委員会開催後に配布した資料

資料名	提供元
事実関係整理表 (平成 28 年 6 月 3 日時点)	当該施設 (事件記録)
事故発生以降に見直し等を行ったマニュアル等 ・子どもの体調観察と病気にかかわるマニュアル ・子どもの体調変化への対応とお迎え要請対応マニュアル (発熱・異変)	当該施設

<ul style="list-style-type: none"> ・救急車要請マニュアル ・健康チェック表 ・体調不良で欠席・早退した翌日の登園について ・与薬依頼表 ・病気に関わる記録（発熱児への対応） ・保育園における事故防止マニュアル（平成 29 年度版） ・危機管理マニュアル（平成 29 年度版） ・事故防止等に使用するビデオカメラの管理及び運用に関する規程 ・避難通路・経路図 ・緊急連絡フローチャート（平成 29 年度版） ・事故リスクの軽減のためのチェックリスト ・各年齢児クラス用事故防止チェックリスト ・SIDSチェック表 ・各年齢児睡眠時記録表 ・0歳児、1歳児健康記録表 ・2歳児検温表 	当該施設
---	------

第 5 回委員会

資料名	提供元
山口市保育施設等事故検証委員会報告書（案）（検証にあたっての基本的な考えから市における事故後の対応までの部分）	山口市
本件の背景に関する分析について（分析項目の案を提示したもの）	山口市

第 6 回委員会

資料名	提供元
山口市保育施設等事故検証委員会報告書（案）	山口市

3. 本件の概要

(1) 当該施設の概要

平成 25 年 4 月 1 日時点

種別	認可保育所
認可年月日	平成 25 年 2 月 1 日
認可定員	60 人
認可定員内訳	0 歳 9 人、1 歳 9 人、2 歳 9 人 3 歳 11 人、4 歳 11 人、5 歳 11 人
職員配置数	施設長 1 人、主任保育士 1 人、保育士 13 人（常勤 12 人） 管理栄養士 1 人、調理員 2 人、嘱託医 1 人、嘱託歯科医 1 人
建物建築年	平成 11 年 5 月
建物構造、面積	木造平屋建 291.49 m ²
保育室面積	乳児室 30.73 m ² 、ほふく室 30.34 m ² 、2 歳児室 26.21 m ² 3 歳児室 34.78 m ² 、4 歳児室 34.78 m ² 、5 歳児室 34.78 m ² 医務コーナー 5.80 m ²

※当該施設は、老朽化により平成 27 年 5 月に移転改築を行ったため現存していない。

(2) 勤務体制（当該施設の勤務表（事件記録）を転記）

本件発生時に当該施設に勤務していた保育士は、勤務表によると 15 人である。そのうち、Aさんが在籍していた 1 歳児クラスの担当保育士は 3 人である（主担当：A保育士、副担当 B 保育士、C 保育士）。

平成 25 年 12 月の勤務表

日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	....
曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	....
保育士		A	A	A	A	A			A	A	A	A	A			A	A	A	A	A			....
保育士		F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			....
保育士		D	C	A	E	D			A	E	D	C	A	(A)		E	D	C	A	E			....
保育士		E	D	C	A	E			D	A	E	D	C			A	E	D	C	A	(A)		....
保育士		A~12:00	E	D	C	A			E	C	A	E	D	(E)		C	A	E	D	C			....
保育士		C	A	E	D	C	(A)		D	C	A	E				D	C	A	E	D	(E)		....
保育士		E	A	D	C	D	(E)		B	E	A	D	C			D	B	E	A	D			....
保育士		B	E	A	D	C			C	B	E	A~12:00	E			C	C	B	E	A	(A)		....
A 保育士		C	B	E	A~12:00	D	(E)		D	C	B	E	A			D	D	C	B	E			....
B 保育士		D	C	B	E	A			C	D	C	B	D			A~12:00	C	D	C	C			....
C 保育士		C	D	C	B	E	(A)		A	C	D	C	B			E	A	C	D	D			....
D 保育士		D	C	D	C	B			D	D	C	D	C	(A)		B	D	D	C	B			....
E 保育士		A	D	C	D	C			E	A	D	C	D	(E)		C	E	A	D	C	(E)		....
保育士		(3)	(3)		(3)	(3)			(3)	(3)	(3)	(3)	(3)				(3)	(3)	(3)	(3)			....
保育士		(2)	(2)	(2)		(2)			(2)	(2)	(2)	(2)				(2)	(2)	(2)		(2)			....
栄養士		B	研修	C	B	C	C		C	B	B	B				B	B	B	B	B			....
調理員		8:30 11:30	(1)	(1)					(1)	9:30 11:00	(1)		(1)	(2)			8:30 11:30				(2)		....
調理員		(2)	(2)	(2)	(2)				(2)	(2)	(2)	(2)	(2)			(2)	(2)	(2)	(2)	(2)			....

A 7:00~16:00 B 8:00~17:00 C 8:30~17:30 D 9:00~18:00 E 10:00~19:00

A' 7:30~16:30 F 9:30~18:30 (1) 8:00~14:00 (2) 9:00~15:00 (3) 8:30~13:30

(3) 児童の登園状況（当該施設が作成した事件記録から作成）

ア. 12月11日（水）の欠席状況（全クラス）

クラス	在籍児童数	欠席者数（欠席理由）
0歳児	10人	2人（自己都合）
1歳児	16人	1人（かぜ）
2歳児	11人	1人（用心のため）
3歳児	19人	欠席なし
4歳児	12人	欠席なし
5歳児	4人	欠席なし

イ. 12月2日から11日の1歳児クラス（Aさんの在籍クラス）の欠席状況

月日	曜日	欠席者数（欠席理由）
12月2日	月	2人（自己都合）
12月3日	火	1人（自己都合）
12月4日	水	欠席なし
12月5日	木	2人（かぜ1人、自己都合1人）
12月6日	金	1人（自己都合）
12月7日	土	土曜保育希望5人中欠席なし （Aさんは土曜保育利用なし）
12月9日	月	2人（かぜ1人、熱1人）
12月10日	火	3人（かぜ1人、下痢1人、 自己都合1人）
12月11日	水	1人（かぜ）

(4) Aさんに関する情報（児童票、生育歴、児童健康等調査票及び時系列表（保護者作成）（事件記録）から作成）

項目	情報
年齢	1歳9カ月
性別	女児
平熱	37度
主な既往	無熱けいれん（6カ月頃）、RSウイルス感染（平成25年2月20日から同2月28日まで入院）
登園前の状況	8:15 起床、朝食はパン少し、ジュース（いつも通り） 9:15 母と車で登園

(5) 当日の保育状況

ア. 登園からの事実経過（当該施設から提供された事実関係整理表（事件記録）等から作成）

保護者、当該施設双方の認識または主張に関しては、提供された資料やヒアリングの内容に基づき、それぞれを記載する。

時刻は 24 時間表記

時刻	保護者の認識または主張	当該施設の認識または主張
8:15	Aさん起床。機嫌まずまず。 父が職場に出向く前に、Aさんは笑顔でハイタッチして見送りをする。 朝食：パン少し、ジュース（いつも通り）。 朝の時点で特に体調に問題はなかった。	
9:15	Aさんは9:15頃、母に連れられ当該施設へ登園した。 その際、母は1歳児クラスに、吐き気があり傍に洗面器を置いている児童がいたので、A保育士に対して、「貴園では嘔吐下痢が流行っているということなので、今は症状がないが、何かあればすぐに連絡してほしい。」旨を伝えた。 「表情が硬く、いつもの調子ではない。」旨の発言はしていない。 Aさんはすぐに1歳児クラスの席に座ったが、前記の体調不良の児童も同組の席に座っていた。 Aさんは片手にクッキー、片手にコップを持ち、笑顔で母へ「バイバイ」をする。	Aさんは母に抱っこされ登園した。 その際、母から「表情が硬く、いつもの調子ではない。何かあれば今日は私の携帯の方へ電話してほしい。」との伝言があった。 1歳児クラスに、吐き気があり傍に洗面器を置いている児童はおらず、当該施設において嘔吐下痢が流行っていたという事実もない。
9:40 から 10:00	Aさん体温 36.8℃。 A保育士から見ても、別に普段と変わらない様子であった。	あまり食が進まない様子で、ビスケットを4分の3枚、牛乳を80～100cc程度をゆっくり食べた。 9:45頃、人形を並べ、自らも人形の隣に座り、手をたたいたり、歌を口ずさんだりしており、上機嫌であった。 9:50頃、クリスマス会の会場へ行く。
10:00 から 11:15 頃	クリスマス会。 11:00 Aさん体温 38.5℃。	10:00頃、0歳児、1歳児クラスの発表準備のため、一度会場の外に出たときに少し泣く。 Aさんの出番の出し物の際には普通に遊戯

		<p>をしていた。</p> <p>11:10 頃、クリスマス会が終了した。</p>
<p>11:15 から 11:30 頃</p>	<p>給食の時間。 Aさんは、アクアライトを飲む。</p>	<p>1歳児クラスに戻り、自らの椅子に座り給食を準備するが、機嫌が悪く泣き出したため、検温する。その結果、体温が 38.5℃で機嫌も悪い。A保育士がC保育士にアクアライトを飲ませるよう指示し、母に電話をした。</p>
<p>11:30 から 11:35</p>	<p>A保育士は母に、Aさんの発熱について電話で連絡した。しかし、母は歯科医で治療を受けていたためその電話に出られなかった。</p>	<p>母に電話を 2 回するもつながらなかった。その後、母から電話がかかり、迎えに行くのに 1 時間くらい要するとのことであった。11:35 頃、機嫌が悪く泣いているため、椅子から布団に移し、上向きで寝かせるが、しばらく泣いており、足を延ばしたり、背中を丸めて顔を横にしたりして動いている。</p>
<p>11:41</p>	<p>母は、当該施設に電話をかけ、「Aさんを迎えに行くまで少し時間がかかるので、迎えに行くまでAさんをお願いします。」とA保育士に告げた。 これに対し、A保育士は、「わかりました。アクアライト 1 本をAさんに飲ませました。」と承諾した。 以後、当該施設から、母に連絡はなかった。</p>	<p>母から返電があり、体温と食事の様子を伝えたが、母からはすぐに迎えに行くことは難しく、1 時間くらいはかかるとのことであった。</p>
<p>12:00 から 12:20</p>	<p>12:20 Aさん体温 38.1℃。</p>	<p>12:00 頃、入眠する。 12:10 頃、ほかの園児にお昼寝前の絵本の読み聞かせを始めると、目を覚まし泣き始めたため、C保育士がそばに行き、トントンすると泣きやみ、ウトウトし始める。 12:25 頃、静かに眠っていたため、布団に横向きに寝かせたまま、脇で体温を測ると 38.1℃であった。</p>
<p>12:20 頃 から 12:45</p>	<p>保育士が泣いているAさんを確認。 当該施設は昼寝の時間。 Aさんがうつぶせ寝になっていたため、仰向けにした。 その際に、Aさんはぐったりしていた。 また、一見明白にチアノーゼの症状が出て顔色が紫色に変色し、目もうつろであった。 しかし、当該施設の保育士は、Aさんのため</p>	<p>保育士が泣いているAさんを確認し、Aさんがうつぶせ寝になっていたため仰向けにした。 その際に、Aさんはぐったりしていなかった。 また、一見明白にチアノーゼの症状は出しておらず、顔色が紫色に変色し、目もうつろであったというようなこともなかった。</p>

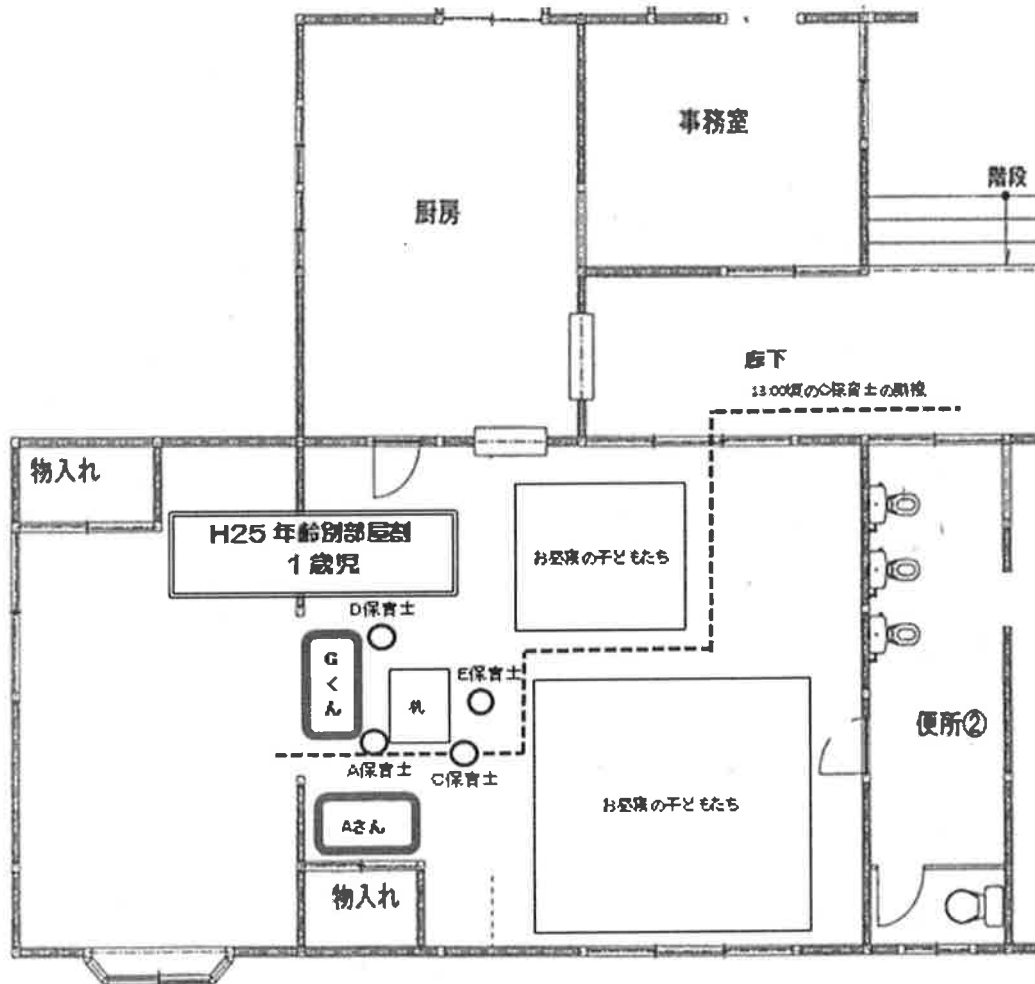
	に、救急車を要請し、病院に受診させる処置をしなかった。	
13:00 前後	<p>母は、歯科治療後、当該施設に到着。駐車場で車を降りたところで、当該施設の施設長がいた。</p> <p>母は、Aさんのいる1歳児クラスへ入室した。Aさんは高熱を出しているにもかかわらず、他の児童と同様に1歳児クラス内に寝かしつけられていた。A保育士が、Aさんを抱っこして、同組の入口付近にいた母の傍へ連れて来た。</p> <p>母がAさんを受け取ると、Aさんから便を漏らした臭いがしたほか、顔面はチアノーゼに陥り全体が紫色にかわっていた。そして、呼吸をしていなかった。保育士らは、Aさんの脈を測る等の適切な触診、呼吸の有無及び仕方の確認もしていなかった。</p> <p>A保育士は、自らAさんを抱っこして母の傍へ連れて行ったにもかかわらず、これらAさんの異変に全く気付いていなかった。</p> <p>母は、Aさんの生命に危険があると感じたため、1歳児クラスの向かいにあるスタッフルームに移動し、Aさんに人工呼吸等の救命措置を行った。</p>	<p>12:40頃、Aさんは自ら体勢を変え、顔は横向きになっていたが、胸が下になっていたことから、上向きにした。この際、特に異変はなかった。</p> <p>12:50頃、C保育士が傍を通りAさんの寝顔を見るが、特に異変はなかった。</p> <p>13:00頃、廊下で洗い物を終えたB保育士が駐車場に入ってきた黒っぽい車を見つけ、お迎えが来たと思い、A保育士に伝えたところ、A保育士が、左手でAさんの頭を抱きかかえると、体に力が入った。そのときにはAさんは呼吸をしていた。</p>
13:15 頃 (推定)	Aさん死亡。	
13:16 から 13:19	<p>A保育士は、119番通報したが、医療機関にAさんが呼吸をしていないこと以外正確に状態を説明できず、母が、Aさんの救命措置を行いながら電話でAさんの状態の説明を行った。</p> <p>また、スタッフルーム内にいた保育士は、これらの事態に全く対応できず、棒立ち状態であり、Aさんに対して救命行為を行わず、行おうとしなかった。</p> <p>このとき、母はAEDパックを確認できなかった。当該施設はAEDを設置していなかった。</p>	<p>当該施設はAEDを設置していなかった。</p> <p>A保育士が119番通報して、救急隊が到着し、母と当該施設のA保育士が救急車に同乗した。</p>

	救急隊到着。母、当該施設のA保育士が同乗。 救急車内より母が父に電話する。	
13:37 から	病院へ到着。	
13:38	Aさんの状態：心静止、全身色不良、便失禁、口唇チアノーゼ。	

また、資料として提出された搬送先病院が作成した「救急部看護記録Ⅰ」における記述についても下記のとおり保護者、当該施設間で認識が異なっている。

<p>【救急部看護記録：現病歴欄】</p> <p>12/11 朝よりやや顔色が悪かったが、保育園でクリスマス会があったため登園させる。</p> <p>9:40 36.8℃ 機嫌は良くなかった。</p> <p>11:00 38.5℃の発熱あり。</p> <p>12:20 38.1℃ 昼食摂取せず。</p> <p>12:30頃 泣いているのを保育士が確認、その後昼寝をする。</p> <p>12:45 うつぶせになっていたため、仰向けにする際、ぐったりしていた。</p> <p>13:00過ぎ 母親が迎えに行くと呼吸をしていない状態であったため、救急車を要請し、ER搬送となる。 (救急隊が母より聴取)</p>	
保護者の認識	当該施設の認識
<ul style="list-style-type: none"> ・朝、園を出てからの状況は母が把握できない内容であり、この欄の記載は救急隊の方が保育士から聞き取った内容を看護師へ伝えたものである。 ・「朝よりやや顔色が悪かった」との記述について、母は話していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Aさんの検温の時間と体温については保育士が救急隊員に説明した。 ・「12:45 うつぶせになっていたため、仰向けにする際、ぐったりしていた。」との記述について、ぐったりしていたとは言っていないと思う。うつぶせになっていたため仰向けにするとの説明は病院に着いてから警察に話したのは覚えているが、救急車の中で話した覚えはない。 ・「朝よりAさんの顔色がやや悪かったが、保育園でクリスマス会があったため登園させる。」との記述については、看護師に伝えた記憶はない。

イ. 事故発生時の位置関係図 (当該施設が作成した1歳児クラス保育室の12月11日の配置 (事件記録) から作成)



※事故発生当日は、0歳児クラス8人を保育士3人、1歳児クラス15人を保育士3人で保育を行っていた。当日13時30分から園内研修を行う予定であり、0歳児クラス、1歳児クラスの保育士各1人が研修に参加するので、見守り体制の確保のため、0歳児クラスの児童を1歳児クラスの部屋に移動させて午睡をさせた。また、12時30分頃に他の児童 (以下「Gくん」という。) が嘔吐したため、上記のとおり寝かせて見守りを行っていた。なお、0歳児クラスの研修参加職員は、研修参加までは保育室に残っていたため、5人での見守り体制であった。(B保育士は外で洗い物をしており出入りがあったため、図面上には記載されていない。)

4. 市における事故後の対応

日時		内容
平成 25 年 12 月 11 日	18:15	当該施設の設置法人の理事長から、市こども家庭課へ死亡事故発生への報告
平成 25 年 12 月 12 日	9:00	市こども家庭課から、県こども未来課へ事故発生への報告
	14:15	当該施設から、市こども家庭課へ事故発生状況の記録提出
	16:00	事故報告書を市こども家庭課で作成し、県こども未来課へ提出
		【参考】事故報告書の作成に関する国の通知
	S46. 7. 31	<p>児発第 418 号「児童福祉施設における事故防止について」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県知事、指定都市市長宛てに、不慮の事故が発生した場合には速やかに厚生省まで報告する旨通知
	H22. 1. 19	<p>雇児保発第 0119 第 1 号「保育所及び認可外保育施設における事故の報告について」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県知事、指定都市、中核市児童福祉主管部（局）長宛てに、報告が必要な事故の範囲を死亡事故と治療に要する期間が 30 日以上を負傷や傷病とすること、報告の様式を定めたことを通知
H25. 3. 8	<p>雇児保発第 0308 第 1 号「保育所及び認可外保育施設における事故防止について」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県、指定都市、中核市児童福祉主管部（局）長宛てに、死亡事故等の重篤な事故が発生した場合には保育所から市町村への報告、認可外保育施設から都道府県への報告が速やかに行われるよう指導すること、保育所において重篤な事故が発生した場合には、保育の実行者である市町村において再発防止のための必要な検証が行われるよう周知する旨通知 	
<p>※上記の通知に基づき、報告書は保育施設が作成、市を経由して県から国へ報告されるものであるが、本報告書に関しては、市こども家庭課が当該施設の事務を補助するため、当該施設の報告に基づき作成し、当該施設の確認を経て県こども未来課へ提出した。</p>		
平成 25 年 12 月 13 日	9:30	県こども未来課による当該施設の聞き取り調査に市こども家庭課同行

平成 25 年 12 月 18 日	15:00	山口市保育協会理事会において、事故の状況報告及び注意喚起
平成 26 年 2 月 25 日		Aさんの保護者から、事故報告書について個人情報開示請求
平成 26 年 3 月 7 日		個人情報開示決定
平成 26 年 7 月 14 日		Aさんの保護者から、事故報告書について個人情報の訂正等の請求
平成 26 年 8 月 6 日		個人情報不訂正等決定
		<p>【個人情報不訂正決定の理由】</p> <p>事故報告書は、山口市が作成の補助を行ったものの、当該施設が山口県へ提出すべき文書であり、また、山口市が事実との整合性の観点から当該報告書を調査し、又は訂正する特段の権限はないため。</p> <p>ただし、山口県に対し、記載内容に事実と異なる点があるとの指摘が訂正請求者からあった旨を連絡するとともに、山口県と協議の上、当該施設に対して報告書の再提出を求める旨付記。</p>
平成 26 年 8 月 27 日		当該施設が事故報告書を修正し、市こども家庭課を經由して県こども未来課へ提出
		<p>【事故報告書修正の内容】</p> <p>事故発生後、時間をかけて、当該施設において当日の保育士の動きや園児の様子等を振り返って検証していく中で、当初の報告では必ずしも正確な表現となっていなかった部分や、新たに判明した詳細事項があり、それらを当該施設が修正・加筆したものの。</p>
平成 26 年 9 月 3 日		Aさんの保護者から、事故報告書について個人情報開示請求
平成 26 年 9 月 8 日		個人情報開示決定
平成 26 年 11 月 28 日		Aさんの保護者から、保育施設設置法人に対して損害賠償請求訴訟を提起
平成 27 年 1 月 7 日		Aさんの保護者から、事故報告書について個人情報開示請求
平成 27 年 1 月 13 日		個人情報開示決定
平成 28 年 10 月 6 日		Aさんの保護者から、本件に係る検証委員会設置の申し入れ
平成 28 年 12 月 16 日		山口市保育施設等事故検証委員会設置条例の制定

5. 本件の背景に関する分析

本件の死因について、解剖医によると、「死因は急性心機能不全の疑いと判断され、急性脳腫脹及び上気道炎・回盲部腸炎は全身性のウイルス感染症の関連所見と疑われ、間接的に死因に関与したものと鑑定される」とされている。

本件の背景に関する分析においては、短時間の間に重篤な状態に陥った児童に対して、当該施設がどのような対応を取ることができたかという観点から分析を行った。

(1) 保育に関する分析

ア. 児童の受入体制について

死亡したAさんは1歳児クラスに在籍していた。1歳児に関する保育士の配置基準は、児童6人に対し保育士が1人配置されていることが必要である(※)。

Aさんの在籍していた1歳児クラスは、事故当時16人が在籍しており、保育士は3人が配置されていた。また、事故当日は在籍児童中1人が欠席しており、出席児童数15人に対し、1歳児クラスに配置された保育士は3人全員が出勤していた。よって、児童の受け入れに必要な保育士数は確保されていた。

※山口県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、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施行規則により規定

イ. 保育士間での情報の共有について

当該施設からのヒアリングによると、体調不良等、児童の状態の保育士間での情報共有については、毎日朝9時頃に前日の様子等が書かれたメモを確認しながら行っているとのことである。また、シフト勤務の関係でこの時間に出勤していない保育士に対しては、引き継ぎボードを使用して前日の状況等を知らせるようにしており、出勤時にはどの保育士にも情報が共有されるようになされていたとのことである。こうしたことから、児童の状態に関して、保育士間で情報共有を図る体制は整えられていたと考えられる。

当日のAさんの健康状態については、「いつもの調子ではない」という様子を1歳児クラスの3人の担当保育士で確認し、共有していたとのことであるが、当日の朝のAさんの健康状態について、保護者は「特に問題はなかった」としているのに対し、当該施設はAさんの登園時に母から、「表情が硬く、いつもの調子ではない」と聞き取ったとしており、双方の認識が異なっていることから、本検証委員会ではこの点について検証することができなかった。

ウ. 体調不良の児童の見守りについて

当該施設からのヒアリングによると、認可保育所の施設整備の基準(※)に基づき、事故当時の園舎には事務室の一角に簡易ベッドと医薬品を備えた医務コーナーを設置していたが、0歳児、1歳児は慣れない部屋だと環境の変化により不安がること、病状の観察

を個人の判断で行わず、複数の保育士で見守るために、体調不良の児童がいるときは、その都度、1歳児クラスの保育室内の他の児童から離れた位置に畳を敷いて、静養コーナー的に使用しており、体調不良の児童をそこに寝かせて見守る体制を取っていた。

事故発生当時は、Aさんのほかにもう一人体調不良の児童（Gくん）がおり、この静養コーナー的な場所にAさんとGくん2人を寝かせていた。また、0歳児クラスの児童を1歳児クラスの部屋に移動させて午睡をさせており、この2クラスとAさん、Gくんを5人の保育士で見守る体制を取っていた。

本件での静養コーナー的な場所での見守りと事故発生に直接的又は間接的な因果関係があったかどうかは不明である。

※山口県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、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施行規則により規定

（2）施設の危機管理体制に関する分析

当該施設からのヒアリングによると、当該施設は開園した平成25年2月から危機管理マニュアルを備え付け、このマニュアルを用いて発熱時や事故発生時の対応について園内研修を行っていた。また、新規採用保育士が入ってくる年度始めには毎年度改めて園内研修を行い、マニュアルの周知、徹底を図るとともに、毎年度見直しを行い、改良しているとのことであり、危機管理体制の構築は図られていたものと考えられる。

事故発生時の運用については、Aさんに38℃台の発熱の症状が出たことから、保護者（Aさんの母）に連絡を取り、お迎えに来ていただくよう要請している。子どもが38℃台の発熱を生じることは珍しいことではなく、発熱の他に重篤な症状が見られない限り、保護者にお迎えを要請し、医療機関への受診は保護者に行っていただくことは問題のない対応と考えられる。しかし本件では、保護者は12時20分から45分頃には「ぐったりしていて、一見明白にチアノーゼの症状が出て顔色が紫色に変色し、目もうつろであった」と重篤な症状が見られたと主張しているのに対し、当該施設はそのようなことはなかったとしており、双方の主張が異なっていることから、本検証委員会ではこの点について検証することができなかった。

（3）児童の健康状態に関する分析

児童の既往症等については、児童票等、入園時に作成された書類により保護者と当該施設で共有されていた。

当日の受入時においても、その日の児童の状況を聞き取り、児童の健康状態を保護者と保育施設で共有することが必要である。しかしながら本件においては、上記のように当日の朝のAさんの健康状態について双方の認識が異なっていることから、本検証委員会ではこの点について検証することができなかった。

(4) 医療的見地からの保育施設の対応に関する分析

当該施設の危機管理マニュアルには救急車を要請し、すぐに医療機関を受診するケースが7点列挙されていた。そのうち「顔色が悪く、ぐったりしている」状況を当該施設が認識できたかについて、保護者は、上記のように12時20分から45分頃にはAさんに重篤な症状が見られた、自分が迎えに行った時には、Aさんの口唇や口の周りに強いチアノーゼが出て濃い紫色になっており、顔全体もとても顔色が悪かったとしているのに対し、当該施設は、保育士がすぐ傍で見守りを行っていたが、Aさんの顔色が悪くなるといった様子は見られなかったとしており、双方の認識が異なっていることから、本検証委員会ではこの点について検証することができなかった。

なお、解剖医によると「チアノーゼが目視によりどの程度分かるものかについては判断不能である。ベテランの医療関係者でもチアノーゼが生じる可能性が考えられない状況であれば見逃す可能性も考えられる。」とされており、本検証委員会の委員である小児科医も同趣旨の認識を示している。また、当該施設が意見照会を行った小児科医の回答によると、乳幼児の「ぐったり」の程度を客観的に判断し、意識障害と深い睡眠を的確に素早く鑑別することは小児科医でも必ずしも容易ではないとされている。

(5) 保護者の対応に関する分析

本件においては、Aさんの発熱を確認し、最初にAさんの母に連絡を取ってから、Aさんの母が当該施設に迎えに来られるまで約1時間30分程度かかっている。この点に関しては、保護者からお迎えが遅くなることは当該施設へ伝えられており、当該施設もこれを了承していた。

本件に関してはこうした経緯があるが、一般的には、発熱時等児童の体調不良時の対応は保護者にお迎えに来ていただき、医療機関を受診していただくことが基本であると考えられる。

(6) 総括

本件の検証においては、当事者間の認識又は主張が異なっている点について検証することができなかった。検証の前提となる当事者間の事実認識をどうすり合わせていくかは、検証を行う上での課題であると考えられる。

本件の検証においてはこうした経緯があるものの、いずれにせよ当該施設を含め、保育施設及び関係機関は不幸な事故をなくすために不断の努力が求められると考える。

6. 再発防止策

本件の検証においては、本件の背景に関する分析を踏まえ、保育の安全性全般の向上を図るという観点から、次のような再発防止策が必要であると考えられる。

(1) 児童の健康状態等の把握について

保育を行っていく上で、お預かりする児童の心身の状況を保護者と保育施設が把握、共有することは非常に重要である。

本件においては、入園時に作成された児童票等の資料によって児童の既往症等は当該施設においても把握されていた。

しかしながら、当日の朝の健康状態については、保護者と当該施設の間で認識が異なっており、結果としては情報共有が図られていない状況が生じている。

児童の受入時に、保育施設が保護者から聞き取った児童の健康状態に関する情報は、その日の児童の保育を行っていく上で重要な情報であり、保育施設が保護者と十分にコミュニケーションを図るとともに、特に体調が優れない児童に関しては紙媒体等で記録を残し、保護者に確認を行う等、可能な限り正確かつ細やかな情報の把握に努める必要があると考えられる。

(2) 事故防止、危機管理の徹底について

安全・安心な保育を行っていくために、保育施設は事故防止や危機管理に関する実態に即して分かりやすいマニュアル等を作成し、常日頃から保育施設の職員間での共通理解や体制構築を図る必要がある。また、こうした保育の体制をより充実させていくために、保育施設が客観的な視点での助言等を得る機会も必要であると考えられる。

有事の際には、保育施設の全職員がマニュアルに従って迅速かつ的確な対応を行うことが必要である。本件のような体調不良の児童には、より細やかな観察と対応が必要であることから、緊急時の際の行動が速やかに行われるよう、研修や訓練等を通じて習熟度を高めていくなど、不断の努力を行っていくことが保育施設には求められる。

また、市には、保育施設に対する必要な情報の提供や指導を通じて、保育の質と安全の向上を図ることが求められる。

加えて、市は、保育施設が映像を通じて日頃の保育を振り返り、事故発生の原因となり得る危険要因の有無を検証することにより保育の質と安全を高めていくとともに、万が一、事故が発生した際の客観的な検証の材料となるよう、各保育施設の運営方針に配慮しつつ、事故防止のためのビデオカメラ設置について促進していくことが望ましいと考えられる。

7. 事故防止のための対策に関する提言

本検証委員会における検証に際し、Aさんの保護者から本検証委員会宛てに要望書が提出された。要望事項は（１）全保育施設に、事前通告なしの抜き打ち監査を導入すること、（２）全保育施設に、保育室内のカメラ設置を義務化することの２点である。

（１）に関しては、平成28年3月に国が作成した「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」において、地方自治体に対して「死亡事故等の重大事故が発生した場合又は児童の生命・心身・財産に重大な被害が生じる恐れがあると認められる場合（こうした恐れにつき通報・苦情・相談等により把握した場合や重大事故が発生する可能性が高いと判断した場合等も含む。）に行われる指導監査等については、事前通告なく行うことについて適切に判断し、重大事故の発生・再発防止に資するよう効果的な運用を行う」ことが示されており、このガイドラインのもと、実施機関が適切であると判断する方法で指導監査等を実施していると考えられる。

（２）に関しては、義務化には法制度の整備等が必要となり、直ちに実現することは困難であると考えられる。

本検証委員会としては、こうした事故の再発防止に対する保護者の思いや検証を通じた再発防止策を踏まえ、次のとおり事故防止のための対策を提言することとする。

提言1 危機管理に関する保育施設従事者の研修等の充実について

- ・保育施設は、保育の質と安全を高め、入所児童の健やかな成長を期するため、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、適宜改定を行うとともに、これに基づき、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・訓練の充実を図ること。なお、その際には、特に乳児・1歳以上3歳未満児の時期について、『発達過程の最も初期に当たるこの時期には、「生命の保持及び情緒の安定」という養護の側面が特に重要』（※）であることを十分に踏まえること。
- ・市は、保育施設に対し、その職員の研修・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、市全体で保育の質と安全の向上を図ること。
- ・保育士等の保育施設従事者は、保育施設の研修・訓練や市主催の研修に積極的に参加し、自己研鑽に努めること。

※社会保障審議会児童部会保育専門委員会・平成28年12月21日付け「保育所保育指針の改定に関する議論のとりまとめ」3頁参照。

提言2 保育施設保育室等へのビデオカメラ設置の促進について

- ・保育施設は、映像を通じて日頃の保育を振り返り、事故発生の原因となり得る危険要因の有無を検証することにより事故防止に繋げるとともに、万が一、事故が発生した際の客観的な検証材料とするために、各保育施設の実状や運営方針を踏まえた上で、その保育室等へのビデオカメラの設置を検討すること。
- ・市は、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こと。

提言3 外部の視点を活用した指導・助言の強化について

- ・市は、各保育施設の取組を専門的かつ客観的な視点から振り返り、必要な改善が行われるよう、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こと。

おわりに

本件の検証にあたっては、保護者と保育施設の間で事実認識が異なる部分が多く、事実関係の把握において困難な面があった。そうしたなかでも、各委員の真摯な議論により、可能な限り本件事故の背景を分析した上で、再発防止策に資する提言を行った。

これまでも、保育施設をはじめ保育に関わる関係者は、安全・安心な保育のために努力なされているが、健やかな子どもの成長を願う、保育施設に子どもを預ける保護者の気持ちに寄り添い、より一層の安全・安心な保育のために不断の努力を行っていただきたい。

大変残念なことではあるが、全国的には保育施設での死亡事故等の重大事故が発生している。そうした事故を繰り返さないよう、各地で事故の背景の分析や再発防止策の検討等の検証作業が行われている。

本検証委員会における検証結果を含め、こうした知見を全ての保育施設はもとより、自治体等保育に関わる全ての関係者が共有し、保育施設での重大事故が発生しないよう、保育の質と安全の向上に真摯に取り組み、子どもたちが安全かつ健やかに成長する環境が確保されることを期待するものである。

山口市保育施設等事故検証委員会
委員長 白石敏行

資料：山口市保育施設等事故検証委員会設置条例

（設置）

第1条 保育施設等で当該保育施設等を利用する子どもが死亡し、又は重篤な傷病を負う事故（以下「重大事故」という。）が発生した場合において、当該事故の発生原因及び再発防止のための措置について調査審議させるため、山口市保育施設等事故検証委員会（以下「検証委員会」という。）を設置する。

（定義）

第2条 この条例において「保育施設等」とは、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）第27条第1項に規定する特定教育・保育施設、同法第29条第3項第1号に規定する特定地域型保育事業所及び同法第59条に規定する地域子ども・子育て支援事業（同条第2号、第5号、第10号及び第11号に掲げるものに限る）を行う施設をいう。

（所掌事務）

第3条 検証委員会は、市長が必要があると認めるときに、次に掲げる事項について調査審議する。

- （1）重大事故の経過に関すること。
 - （2）重大事故の発生原因及び再発防止に関すること。
 - （3）前2号に掲げるもののほか、第1条に規定する設置目的を達成するために必要な事項
- 2 検証委員会は、前項の調査審議を行ったときは、その結果を市長へ報告するものとする。

（組織）

第4条 検証委員会は、5人以内の委員で組織する。

2 委員は、保育、医療、法律等についての専門的な知識又は経験を有する者のうちから、市長が委嘱する。

3 委員が、検証委員会が行う調査審議に係る事案の関係者と直接の利害関係を有する場合においては、当該委員は当該調査審議に加わることができないものとする。

（秘密の保持）

第5条 委員は、正当な理由なく、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、また、同様とする。

（委任）

第6条 この条例に定めるもののほか、検証委員会の運営に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

