

平成 29 年度第 14 回こども・子育て支援会議 教育・保育施設等事故検証部会

日 時：平成 29 年 7 月 6 日（木）18 時 00 分～19 時 35 分

会 場：大阪市役所 地下 1 階第 11 共通会議室

出席者： 委員

寺見委員、西村委員、林委員、舟本委員、堀委員（五十音順、敬称略）

本市

内本局長、稲木企画部長、工藤保育施策部長、赤本保育企画課長

武田指導担当課長、納田施設指導担当課長代理、浜崎保育指導担当課長代理

議 事：（1）報告書の取りまとめについて

議事録

納田こども青少年局保育施策部保育企画課施設指導担当課長代理

お待たせいたしました。

ただいまから第 14 回こども・子育て支援会議教育・保育施設等事故検証部会を開催いたします。

委員の皆様方には、公私何かとお忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。

事務局のこども青少年局保育施策部保育企画課施設指導担当課長代理の納田でございます。どうぞよろしくお願いたします。

本日の委員の出欠の状況でございますが、資料 1 の委員の名簿をご参照ください。

本日、委員 5 名の皆様にご出席いただいております。こども・子育て支援会議条例第 9 条に規定いたしますように、委員の半数以上が出席し、有効に成立しております。

本市の出席者でございますが、こちらも資料 1 の名簿をご参照ください。

まず、開会に当たりまして、こども青少年局長の内本の方よりご挨拶申し上げます。

内本こども青少年局長

こども青少年局長の内本でございます。

本日は、お忙しい中、また夜遅くにお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。

こども・子育て支援会議の教育・保育施設等事故検証部会で、昨年 4 月に起こりました淀川区の痛ましい 1 歳児の死亡事故につきまして、この間、1 年以上の長きにわたりまして 14 回という会議を重ねていただき、熱心にご議論いただきましたことに本当に厚く感謝を申し上げます。ありがとうございます。

本日、さらに、案を取りまとめたということですので、再度、ご議論いただきまして取りまとめを行われていくと聞いております。

本日のご提言をいただければ、それをもとに大阪市の方も早速市長と相談もさせていただいて、できるものから実行していきたいというふうに考えております。

また、その実施状況につきましては、毎年、P D C A サイクルの中におきまして、点検評価、これを行うことを考えておりますので、その際にはまた先生方からも専門的なご意見を賜りたいと思っておりますので、引き続きのご協力をお願い申し上げます。

委員の皆様方には忌憚のないご意見をいただきたいと思っておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

納田こども青少年局保育施策部保育企画課施設指導担当課長代理

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

本日の資料は次の3点をご用意いたしております。

先ほどご覧いただきました資料1の教育・保育施設等事故検証部会委員名簿、資料2といたしまして調査報告書(案)、資料3といたしまして調査報告書概要版の案でございます。

その他、委員の先生方の方には、これまでの資料を編綴いたしました緑色、ピンク色、水色のファイルをご準備させていただいております。

不足している資料等ございませんでしょうか。

これまでの会議は個人情報などを取り扱うことが多いことから非公開としておりましたが、本日は公開の場となっております。

また、本日は9名の傍聴者の方がいらっしゃいますので、あわせてご報告いたします。

本日は、傍聴者の方、また、後ろの方に報道関係者の方もお入りいただいておりますが、会議の進行の妨げになるような行動は慎んでいただきますように、予めお願い申し上げます。

それでは、これ以降の進行につきましては寺見部会長をお願いいたします。よろしく申し上げます。

寺見部会長

それでは議事に入らせていただきます。

先ほど局長の方からもご挨拶がございましたけれども、昨年の6月以降、第1回目を開いてから、検証部会を開催してまいりました。関係者の方々へのヒアリングや有識者の方々への意見聴取などをしてまいりましたけれども、やっとここで私どもの報告案が取りまとまりましたので、ご報告させていただきたいと思っております。何分、初めてのことで、いろいろ試行錯誤しながらでしたので、なかなか苦労もしましたけれども、議論を深め、やっと形になりましたので、ここで皆様にご報告できるかなと思っております。

認可外保育施設での保育事故の検証ですけれども、今回は、認可外保育施設だけではなくて、認可保育所も含めて全ての保育施設を対象とすべきであるというふうに考えまして、再発防止の提言をするということを主たるテーマにして検討をしてまいりました。

本日は、その報告案の内容を精査しまして、最終的な取りまとめを行いたいと思っております。

それでは、事務局さんの方から報告書の案の説明をお願いいたします。

武田こども青少年局保育施策部指導担当課長

大阪市こども青少年局保育施策部指導担当課長、武田でございます。

私の方から資料2及び資料3によりご説明をさせていただきます。

座ってご説明をさせていただきます。

まず、冒頭に、大変申しわけないんですけれども、資料の訂正の方をお願いしたいと思っております。

資料3でございますけれども、1ページのところでございます。一番最後の行でございますけれども、「到着後、16時30分頃」と記載しておりますけれども、正しくは「16時50分頃」でございます。大変申しわけございませんけれども、ご訂正の方をよろしくお願い申し上げます。

それでは、まず資料2の大阪市たんぽぽの国保育事故調査報告書(案)についてご説明をさせていただきます。

時間の関係もございますので、ポイントを押さえながらのご説明とさせていただきます。

まずは3ページの方をご覧くださいと思います。

まず3ページのところに、第1「保育事故」の検証の結果とありまして、1といたしまして認可外保育施設「たんぼぼの国」の概要と記載をしております。

施設概要でございますけれども、名称といたしましては認可外保育施設「たんぼぼの国」ということで、事業開始年月日は平成6年12月20日となっております。所在地につきましては淀川区の東三国にございまして、設置者がベルサンテスタッフ株式会社さんということで、保育士・幼稚園教諭等の人材派遣会社でございます。

下の方に在籍児童数を記載しておりますけれども、昨年4月1日現在で1歳児6名、2歳児6名、計12名ということでございますので、比較的小規模な園ということでございます。

また、下の方に書いておりますとおり、平成28年6月30日をもって閉園をされておられます。

続きまして、1ページおめくりいただきまして4ページでございますけれども、こちらの方でまずご説明させていただきたいと思いますが、上の方の括弧書きにおきまして、米印がついておりますけれども、「本報告書において保育従事者は無資格者のことをいう」ということで、一般的には保育従事者といえますのは有資格者も無資格者も含めていうことが多いんですけども、この報告書におきましては、わかりやすさということで、保育従事者は無資格者のことをいっております。以下、特に注釈がなければ同じということでございます。

次に、(3)のところ、当該施設に対する指導監督の状況というところがございます。イのところをご覧くださいと立入調査と書いてありまして、毎年1回以上、大阪市職員がおおむね1カ月前に事前通告し、施設の設備もしくは運営について立入調査を実施しております。調査の結果、指導監督基準を満たしていると認められる施設に対しましては、認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書、以下、認可外証明書というふうに記載しておりますけれども、こちらの方を交付しているというのが指導監督の仕組みとなっております。本園の立入調査の実施状況は下の方に記載しておりますとおりですけれども、平成23年度から27年度までは認可外証明書を交付されている施設ということになっております。

次のページにお移りいただきまして、ちょぼの2つ目のところをご覧くださいと、といいながらも、当該施設につきましては、本件死亡事故を受けまして、平成28年4月4日、5日に特別立入調査、こちらは事前通告をせずに行く分でございますけれども、その結果、保育従事者が1人で保育する時間帯があったこと、及び有資格者が不在の時間帯があったことということで、2点の不備が確認されましたので、認可外証明書を昨年4月5日に返却させたというような経過がございました。

次に、2、主な事実経過ということで、本件事故の経過でございます。

本件は、大阪市淀川区に所在するたんぼぼの国で、平成28年4月4日、この日初めて本園に預けられた1歳2カ月の男の子が午睡中に死亡した事故でございます。この主な事実経過につきましては、関係者のヒアリング及び提供資料に基づきまして、事故検証部会として事実経過と判断した内容を記載しているものでございます。

なお、ご参考といたしまして、本報告書案の46ページに表形式でまとめたものもございますので、またご参照いただければというふうに思っております。

次に、6ページの方をご覧くださいまして、平成28年1月から事故前日までの経過を記載しております。2段落目でございますけれども、本園を選択した経緯につきまして、保護者の方の説明は、母親が職

場に復帰するに当たり本児と長く離れていくなかったということ、週 2 日だけ職場に復帰することから認可保育所では時間が足りず、認可外保育施設の一覧及び認可外保育施設最新立入調査結果を区役所窓口で職員から入手し、立入調査結果に基づき検討されたというものでございます。

その 2 段落下のところに、本園に本児を預けることを決めるまでにとということで、母親と本児が 4 回施設見学に行っておられます。そのうち 1 回は父親の方も一緒に見学をされておられます。見学の際にお母様の方が疑問点は全て聞いたということで、初めは泣くんですかというような質問に対しましては、やはり初めは泣くと思う、そこで泣かないと逆に親との信頼関係がないこと、ずっと泣くことはありませんよというようなことを言われたということです。次に、「慣らし保育」は行った方がいいのかと尋ねたところ、保育士から、月・火だけだとそこから次までにまた 1 週間あくし、やっても一緒だと思う、4 月から園児も少なくなるし、泣いたら保育士に抱っこしてもらったりして慣れる方がいいという説明を受けたということです。また、人数につきましても、この人数を 2 人で見ているのかと園児を多く感じたのでご質問されたところ、そうですけれども時差で出勤はしてくるんですというような説明をされまして、時差で出勤して保育士が 3 人になるのだと思ったということで、これらのやりとりにつきましてはお母様作成のメモに基づいたものでございます。

次に、7 ページをごらんいただきまして、(2) 事故日(平成 28 年 4 月 4 日)のところをご説明させていただきます。

まず、ア、登園までの経緯でございますけれども、本児は 7 時頃から 8 時頃に起床し、朝食をとったということでございます。午前中はベビーカーで外出し、12 時頃自宅に戻られたということで、そこからお母様が昼食の準備を始められたということでございまして、12 時 15 分頃から 1 時頃までの間、本児は母親と一緒に昼食をとり、食後に排便をし、おむつを交換しているというようなことでございます。

次に、1 枚おめくりいただきまして、登園時の様子でございますけれども、まず、2 時頃から 2 時 5 分頃に本園に到着し、本児に特に変わった様子は見られなかったと母親は説明しておられます。また、ちょっと下にいきますけれども、本園に到着したときに、他の園児のお子さんたちは午睡中であったということでございます。本児が本園に到着したときは、保育士と保育従事者の 2 名で保育を行っておられて、本園の説明によりますと、当時の乳幼児の年齢別の出席状況は 1 歳児 4 名、2 歳児 5 名、3 歳児 2 名の合計 11 名ということでございました。

9 ページにお移りいただきまして、14 時 5 分から 10 分の間にお母様の方が本園を出発されたということでご説明をされておられます。保護者の説明によりますと、自宅での検温では本児は平熱で、朝から機嫌がよかったと認識しているということで、といいながらも、いずれにしても本園から聴取されなかったもので、そのことは伝えていないということでございます。

次に、ウの本児の寝かしつけですけれども、保育士、保育従事者の説明では、母親が園を出てから 10 分から 15 分を経過した頃本児が泣き出したので保育士が抱っこしたということでございます。また、泣き出して 5 分ぐらい経過した後で本児がうとうとしてきたとのことでございまして、保育士は泣いたまま本児を仰向けに寝かしつけたと説明をされておられます。14 時 40 分頃、本児が就寝をされまして、最初仰向けに寝て、そのうち横向きになったりして動いておられたんですけども、その後は物音で起きることもなくよく寝ていたという説明をされておられます。

次に、10 ページのところに移らせていただきまして、エ、午睡チェックの前提事実ということでございます。本児がこの場面から午睡に入っておられますので、午睡の前提条件となるところをまず整理したところでございます。

まず、部屋の明るさ（照明等）につきましては、事故当時のカーテンの開閉につきまして、母親は 4 月 4 日の送迎時にはカーテンは閉まっていたと説明をされています。一方、保育士は、大阪市の立入調査のときに注意を受けたので、寝ついたらカーテンを開けてくださいと言われていましたと説明をされておられます。保育従事者の方は、暗いなと思ったら勉強の蛍光灯タイプのもので明かりを補充していたと説明をされておまして、事実を争いがございませぬ。部屋の明るさにつきましても、保護者の印象では、動いているかどうかはわかるが顔色はわからないとなっておりますが、保育士は、畳の部屋は東向きでカーテンがなく結構明るいので顔色は見やすいと説明をされており、明るさについても争いはございませぬ。

次に、(イ)の寝具でございませぬけれども、事故検証部会として現地視察に行った際に本園で使用している寝具を確認しましたけれども、薄い煎餅布団のような印象があったということで、サイズについても記載しているとおりでございませぬ。

次に、(ウ)午睡時の服装でございませぬけれども、午睡時の服装につきましてはパジャマなどには着がえていないと保育士の方は説明をしておられます。大阪市の特別立入に事故日に行っておりまして、そのときの衣服でありますとか保護者からの説明によりますと、当日の服装は白地に黒のストライプのＴシャツとグレーのスパッツであったということで、保護者の方からは、柔軟性があるやわらかいもので、締めつけるような感じのものではなかったということでございませぬ。

次に、(エ)のうつぶせ寝に対する考え方ですけれども、本園での午睡中の状況につきまして、保育従事者の説明によりますと、午睡中にうつぶせになっていても仰向けに戻さない場合があるということで、経験則によっているものですよというようなご説明をされておられます。お父様によりますと、4月13日、事故後に本園を訪れた際に保育士から、1歳になれば自分で姿勢を変えられるのでうつぶせ寝は問題ない旨の説明を受けたとのことでございませぬ。

次に、(オ)といたしまして、午睡チェック表の運用実態でございませぬ。こちらにつきましては、お手元の資料の51ページをご覧くださいませぬと、こちらに、参考資料といたしまして、大阪市の方から認可外保育施設に、こういうチェック表を使って午睡チェックしてくださいねということでお示ししているものをお付けしております。本園につきましてもこの表を使っていたということでございませぬ。

すみませぬ。11ページの方にお戻りいただきまして、こちらの運用実態につきましては、マニュアルのようなものはございませぬと、記載方法は寝ていることの確認のチェックのみで、顔色や呼吸の確認、うつぶせ寝を戻した等の付記はしていないと保育従事者の方は説明をしておられます。また、一人一人のこどもの様子を見るのではなくて、全員を見回して確認しており、起きたと連絡しなければ寝ているというチェックになると保育士は認識されておられました。誰が責任を持って確認するかの明確な取り決めはございませぬと、午睡中に起きたこどもの対応に手をとられた場合には、まとめてチェックをつけることもあるとの説明でございませぬ。

次に、12ページにお移りいただきまして、本児の午睡の状況でございませぬ。先ほど申しましたとおり、14時40分頃本児が就寝し、初めは仰向けに寝て動いておられたんですけど、よく寝ていたということですよ。3時までは、保育従事者は専らほふく室のこどもを見ており、本児については保育士が本児のそばにいたのでチェックはしてくれているものだと思っていたというようなご説明がありました。保育士の認識では、3時前頃の本児の様子につきましては、顔色、呼吸に変化はなく、布団からも出ていないというご説明でした。3時頃に午睡時間が終了いたしましたしまして、照明がつけられまして、保育従事者の方が寝ているお子さんたちを起こしてトイレに移動されたということで、このときの本児の様子につきましては、

掛け布団が肩から下ぐらいの状態であったということで認識をされておられます。3時10分頃から、午睡から覚めた本児以外のこどもたちはおやつを食べ始めておられます。3時15分頃、保育士によりますと、本児の様子としまして、うつぶせ寝で顔は横（南側）を向いていた、顔の側面にうっすらと汗をかいていた、掛け布団の右側が腰のあたりまで下がっていた、肩が動いていたので呼吸していると理解したと説明をされておられます。このとき保育士らは、本児に対して特に対応されていなかったとのことでした。

次に、13ページにお移りいただきまして、カといたしまして異変認知（うつぶせ寝・チアノーゼ）ですけれども、15時25分頃、保育士が本児が掛け布団から頭が出る状態でうつぶせ寝になっていることに気がつきました。そして、布団に戻し、寝返りをさせようと本児を抱き上げた説明をされておられるんですけど、そのときに唇にチアノーゼが出ていることを認知し、叫び声を上げたとのことでした。保育従事者の説明によりますと、本児の様子はぐったり、ふにゃつとしており、保育士の抱っここの刺激に反応はなかったということです。また、本児の口元は紫色、顔は白く、呼吸は不明との説明がございました。保育士によりますと、時間については、15時30分に迎えにくる別のこどもの保護者が通常27、28分頃にチャイムを鳴らすので、そこからこの時間を推測したということでした。

次に、キの緊急対応ですけれども、異変を認知されて、チアノーゼが出ていましたので、保育士は酸欠と思われたということで、まずは本児の顔や背中を叩かれたということです。そのときにチアノーゼが引いたように思ったということでしたけれども、客観的事実ではないのではないかとということで検証部会としては考えております。その後、保育士が本児に対しまして人工呼吸を行ったと説明しておりまして、やり方につきましては、本児の口の中を見ておらず、鼻をつまみ、口と口をつけて行ったと説明をされています。最初強く息を吹き込み、三、四回人工呼吸をした後、ウーッという声が聞こえたので、心臓は動いていると思って人工呼吸を続けたと述べておられます。

続きまして、14ページの方にお移りいただきまして、15時30分頃、他のこどものお迎えの時間が近づいていましたので、本児を保育室から事務室に移動させられたということです。他の園児のお迎えのチャイムが鳴りまして、保育従事者の方が玄関でお迎えの対応をされたということで、保育従事者がその対応で本児のそばから離れている間に本児の口から吐しゃ物が出たということです。事務室に移動した後も3回ぐらい嘔吐し、ワカメのようなものと胃液のようなものが出たということでした。

クといたしまして、緊急対応でございますけれども、15時49分、保育従事者の救急車を呼びましようという声に反応して保育士が119番通報をされておられます。119番通報が遅れた理由としましては、保育士の方は人工呼吸に専念していたと説明されており、保育従事者の方は、保育士の人工呼吸対応を優先して、119番は思い浮かばなかったとご説明をされています。また、15時53分に、保育士の指示で保育従事者が同じ建物にある運営会社に応援要請の電話をかけておられます。そして、15時54分、会社から保育室におりてきた職員が保育室から4階の施設長に電話をかけAEDの有無について確認されましたが、ないとの回答であったということです。この電話を受けまして、施設長は何かあると思って保育室に下りて来られたそうです。事務室では、消防局の指令管制官による電話の指示で、保育士が本児の衣服を脱がせて本児に対して心臓マッサージを行っており、施設長が下に下りて来られたときにその様子は確認されています。

15ページにお移りいただきまして、5行目ぐらいでございますけれども、本児に関する事故当日の午睡チェックの記載はその都度チェックしたのではなく、119番通報後、保育士の指示で保育従事者が事後的にまとめて記載したものであるというふうに説明をされておられます。なぜまとめて記載したんで

すかということにつきましては、救急隊に質問されるかもしれないと思ったからと保育士の方はご説明をされておられます。

次に、ケといたしまして、救急隊到着後の経緯でございますけれども、こちらにつきましては特に記載のないもの以外は救急活動記録に基づくものでございます。15時58分、本園に救急隊が到着した際に、救急活動記録の現場到着時所見によりますと、本児は心肺停止の状態、顔面蒼白、無表情、皮膚冷感、瞳孔左右とも4ミリメートルであったとのことでございます。15時59分、C P Aを、心肺停止を確認ということで、救急隊による胸骨圧迫が開始されました。16時に、B V M換気良好、同期C P R開始ということでございまして、16時2分にパッドを装着し、リズムチェック、同期C P Rを継続する一方で、救急隊の指示により保育士が勤務先にいるお母様に連絡を行ったということでございます。16時9分に本児の搬送を開始しておりまして、16時16分に本児が淀川キリスト病院に到着しているところでございます。

16ページをご覧いただきまして、16時30分頃、母親が病院に到着し、カルテの記載では、16時50分に母親に病院から説明した上で蘇生行為が中止されたということでございます。

次に、3といたしまして、死亡原因の推察でございますけれども、有効な再発防止策の提言には死因の究明について医学的見地が重要になるんですけれども、当部会で医師は1名ということで、複数の有識者の考えを聴取することといたしたところでございます。

有識者として、本件の司法解剖を担当した大阪府監察医である大阪大学大学院医学系研究科法医学教室助教の中間医師と、それから大阪医科大学救急医学教室講師で小児蘇生学等が研究分野である新田医師の2名から、事前に別紙関係資料の50ページにつけておりますけれども、死体検案書でありますとか患者個別カルテ情報、母子健康手帳、救急活動記録等をご覧いただいた上でご意見を聴取したものでございます。

まず、(1)といたしまして中間医師でございますけれども、アの解剖所見と死因というところにいる掲載しておりますけれども、総合的に判断いたしまして、胃内容物の嘔吐と気管・気管支への誤嚥、そして気道閉塞による窒息が死因と考えられるということでございました。

そして、17ページ、イ、付随する状況ですけれども、こちらにつきましては、胃内容物の消化というのが真ん中にごございますけれども、おっしゃられておられましたのが、完全に満腹状態の胃袋をしていて、コーンやチンゲンサイなど内容物もまだ消化されておらず、食べてすぐという印象であったと、恐らく満腹状態で何か腹圧がかかって嘔吐した可能性が高いと考えていますと、起こったのが例えば15時だと仮定いたしますと、食べてすぐというほどほとんど消化されていないので、消化時間が長いという印象はありますということでございました。初めての保育施設ということで泣いておられたので、恐らく交感神経優位になっているため多分腸管の動きは悪くなる、それを考慮すると15時でも矛盾はしない、そうしたことが誘因となっているのではないかとというご意見でございました。

次に、(2)の新田医師でございますけれども、小児救急・集中医療の現場経験が豊富な新田先生には、中間先生のご意見も当部会委員からご説明し、死亡に至る経緯など自由にお考えをお聞きしたところでございます。

ア、本事例の印象といたしまして、18ページにお移りいただきまして、まず、最近の調査では、保育現場や自宅で発生する乳幼児の突然死は、保育が始まった当日とか、あるいは予防接種を受けた当日あるいは翌日とか、何か環境の変化とかストレスが生じた直後に急変し、亡くなるケースが多いとされておりますことをご紹介いただきました。今回、初めて預けられた当日に事故が起っておりますので、イ

ベントとしては全体的には希有な出来事ですけれども、非常に起こりやすい時期にあったことは間違いないというようなコメントでございました。そして、またちょっと下の方になりますけれども、本件では、こどもが急変してからの救命処置が十分であったのか、また 119 番通報するまでの時間が非常に長かったという以上 2 点が、検証する上での大きなポイントであると考えているというご意見をいただいております。また、それまで元気だった人の心臓が突然止まったことを認識することは難しいとされておられます。その理由は、心停止の直後は死戦期呼吸という不十分な呼吸をすることがあって、その呼吸があたかも呼吸をしているものと誤認され、心肺蘇生開始の遅れにつながることもあるというようなこともおっしゃられておられました。

次に、イの原因でございますけれども、司法解剖が行われて死体検案書では恐らく窒息が原因であろうという結果になっていますけれども、その窒息の所見が事例の全てを物語るかどうかは限界があって、医学的に考えると他の可能性もあるのではないんですかということをおっしゃっておられました。また、嘔吐したことが原因で窒息のイベントが起こったのか、他のイベントが起こって最終的に嘔吐したのかはわからないというようなこともおっしゃっておられまして、次、19 ページに移っていただきまして、SIDS のこともおっしゃっておられます。こちらのところにつきましては、欧米では 1 歳未満で起こるものとされていて、人間の脳には呼吸が弱くなったり呼吸をしなくなったりすると必ずそれを回復させようとするメカニズムが働くだけけれども、SIDS という症例はそのメカニズム自体が脆弱な場合に発症するということを言っておられまして、今回の場合、すすくと育っているお子さんが、嘔吐し、吐物で窒息するかというと、その可能性は低いと思うというようなこともおっしゃっておられました。ちょっと下の方に移りますけれども、ただ単に吐いて窒息し、心停止に至る経過の中で、状況を回避するだけの体力はあると思うので、実際起こりにくいのではないかと思いますということで、もっといろいろな他の複雑な原因や病態が加味されて起こった可能性もあるのではないかと考えておられます。その主たる原因としましては、けいれんとか不整脈等が考えられるということでございます。

次に、20 ページにお移りいただきまして、第 2 といたしまして「本件保育事故」における課題を踏まえた再発防止策の提言というところでございます。

まず、こちらの方、取りまとめた基本的な考え方を述べているところでございますけれども、保育施設における死亡事故というのは過去最多の事故報告がありながら未だ根絶できないということで、こういうことは基本的にはあってはならないことですので、法的責任論以前の問題として全ての者が「本件保育事故」を自らの痛みとして受けとめ、二度とこのような痛ましい事故を生じさせないとの意識を持つことが重要で、この点を確認し、共有したいということが、まず基本としてございます。その上で、死亡リスクというのは『保育の質』とも関係しており、リスクが顕在化した場合には取り返しがつかないということに留意する必要があるとございまして、それ故この対策は最優先事項であるべきですし、法的義務にとらわれず、リスク軽減のためのよりよい対策を講じることが望まれるということでございます。

このような観点から、まず、予防的観点から「実効性ある睡眠時観察」と「入園初期リスクの軽減」、万が一事故が発生してしまった場合の被害最小化の観点から「一次救命処置の対応力の構築」の 3 本柱という構成になっておりまして、また、「保護者への情報提供」と「大阪市の指導監査体制の更なる充実」によって、それらを補強することが重要ということでございます。

大阪市は、本提言を活かし再発防止策を自ら講じるとともに、大阪市内の保育施設や保育施策に関わる国にも働きかけ、『保育の質』を実質的に向上させ、もって本件類似事故の根絶に尽力されたいということでございます。

20 ページから 21 ページには提言内容のまず全体的なものが記載されておりまして、個別のものは 22 ページからということですので、22 ページからご説明をさせていただきます。

まず、提言 1 といたしまして、一次救命処置の対応力の構築でございますけれども、こちらの提言内容につきましては、重要性、そして課題、そして施策というふうな構成で全て記載されているものでございます。

一次救命処置の重要性といたしましては、人間の脳というのは心臓が止まってから約 15 秒で意識が消失いたします、3 から 5 分で低酸素による不可逆的な変化を来し、回復することが困難となり、2 分以内に心肺蘇生が開始された場合の救命率は 80% ですけども、5 分では 50% 程度と時間経過に比例して低くなるということで、非常に救急隊到着までの一次救命処置が極めて重要ということでございます。

心肺蘇生の流れについては、一般社団法人日本蘇生協議会、JRC 蘇生ガイドライン 2015 オンライン版より引用したものでございまして、こちらの方に、まず意識確認、次に 119 番・AED の準備、3 番としまして呼吸確認・胸骨圧迫、4 番、AED、5 番、窒息に対する気道異物除去ということで、記載しているところでございます。

次に、課題でございますけれども、まず 23 ページの方をご覧いただきまして、一次救命処置の対応力が欠如ということで、本件に照らし合わせて先ほど申しました 5 つの項目がどうだったんだろうということをこちらの方に記載しております。本件におきまして、保育士は意識確認はしたものの、直ちに 119 番通報 番をせずに、実際に 119 番通報したのは事故認知から約 20 分後であった。また、119 番通報するまでの間、心肺蘇生のうち人工呼吸は実施されましたけれども、胸骨圧迫が未実施であった。AED は未設置ゆえに使用しなかったという状況でございます、対比させますと、本園において一次救命処置の対応力は備わっていなかったと言わざるを得ないということでございます。

次に、イの事故対応マニュアルの未整備等ですけども、本園では事故対応マニュアルが整備されておらず、職員に十分な研修を受けさせる余裕がなかったとのことでございました。施設長は日常的な園の運営を保育士の方に任せておられまして、事故を認知してから積極的に指示を出した形跡はございません。このような体制では、「こどもの安全」について組織として責任を持つことができないのではないかとこのように記載をしております。

次に、(3) の施策でございますけれども、アといたしまして事故対応マニュアルの整備です。認可保育施設につきましては、国の基準によりましてこういうマニュアルを整備することというのが決められております。本園のような認可外保育施設には、国の「認可外保育施設指導監督基準」により、保護者との緊急時の連絡体制をとることだけが記載されているという状況でありますけれども、こどもの命に関わることでありますので、認可外保育施設でも「事故対応マニュアル」の整備が望まれますし、こちらにつきましては国の方のご措置も期待しているということでございます。

24 ページにお移りいただきまして、大阪市に対しましては、「本件保育事故」から導き出された教訓を盛り込んだ「事故対応マニュアル作成の手引き」を作成して、認可・認可外保育施設に広く周知されたいということで、それをご参考にいただきながら各施設で「事故対応マニュアル」を、認可でしたら更新、認可外でしたら作成していただきまして、また、園内で事故対応訓練を定期的に行うように指導されたいということでございます。

次に、イ、実技講習を含む実践的な研修ということでございますけれども、保育事故を防止するためには心肺蘇生法の実技講習など事故発生時の対処方法を身につけることが重要となっております。大阪市消防局では主に乳幼児及び小児に対する心肺蘇生を学べる普通救命講習を実施しており、団体受講に

つきましては施設まで出向いて研修を実施しておりまして、講習修了者には修了証も交付されているところでございます。このような状況を踏まえまして、各施設からの積極的な参加を促されたいということと、認可外は非常に小規模なところが多いということですので、大阪市が主催して参加を促すことを求められますということ、そしてまた、保育施設内に修了証の掲示を推奨して、救命講習の受講促進と保護者が受講状況を確認できる仕組みを構築されたいというようなご提言でございます。なお、認可保育施設につきましては研修の費用が公定価格に含まれていますということと、それから認可外保育施設につきましては大阪市の方で幼児教育の無償化を進めているんですけれども、平成 29 年度からは一定の教育の質が認められる認可外保育施設に 4 歳、5 歳の子どもを通わせる保護者に拡大ということを予定しておりまして、その対象となる認可外保育施設に対しましては、子どもの安全性を高めるために普通救命講習の受講を義務付けるように検討されたいということがございます。また、国に対しましては、認可保育施設、認可外保育施設、両方とも普通救命講習受講の義務付けを国の基準に盛り込むように申し入れされたいということがございます。

ウ、A E D の設置推奨でございますけれども、(ア) 国に対してということにつきましては、国の方で「A E D の適正配置に関するガイドライン」を公表し、普及拡大に取り組んでおられるんですけれども、保育施設につきましては「A E D ガイドライン」で A E D の設置が推奨される施設の具体例には挙げられていないというのが現状でございます。ですので、保育施設を推奨される施設の 1 つとして位置づけていただきたいということで、国にお願いしたいという内容でございます。

大阪市に対しましては、「A E D ガイドライン」でも示されておりますように、まず A E D 設置情報の把握と適正配置、地域の A E D 情報の A E D マップへの登録と住民への情報提供ということに加えて、各施設間で万が一の場合に活用・協力をお願いできる日頃からの関係づくりをしておくように促されたいということでございます。

次に、提言 2、実効性ある睡眠時観察でございますけれども、26 ページをご覧くださいますと、平成 28 年の全国の教育・保育施設等における死亡事故は 13 件ということで国から発表されておりますけれども、うち睡眠中につきましては 10 件と最多となっているところでございます。国からは平成 28 年 3 月に「事故対応ガイドライン」が示されまして、睡眠中の窒息リスクの除去の方法としまして、「医学的な理由で医師からうつぶせ寝をすすめられている場合以外は、乳児の顔が見える仰向けに寝かせることが重要」です。「何よりも、一人にしないこと、寝かせ方に配慮を行うこと、安全な睡眠環境を整えることは、窒息や誤飲、けがなどの事故を未然に防ぐことにつながる」ということ等を記載しておられます。大阪市でございますけれども、認可保育施設につきましては、「子どもの保健」という冊子を作成しておりまして、その中で、S I D S の予防対策としまして、子どもの睡眠時観察について、仰向けで寝かすことや呼吸状態を観察する重要性、毎日呼吸のチェックと体位の確認を行って記録すること、0 歳児は 5 分、1 から 2 歳児は 10 分に 1 回は呼吸チェックを行うこと等を指導しております。認可外につきましては、先ほどご覧いただきました様式の方を配布して、睡眠中の児童の顔色や呼吸の状態をきめ細かく観察することや、乳児を寝かせる場合には仰向けに寝かせること、1 歳児未満は 5 分置き、1 歳児以上は 10 分置きに確認することを指導しております。

(2) に課題を記載しておりますけれども、まず、アといたしまして睡眠時観察が不十分ということで、本園では睡眠時チェックの運用に関するマニュアルがなかったということでございます。先ほどもちょっとご説明しましたけれども、本園関係者へのヒアリングでは、乳幼児ごとに具体的に顔色とか呼吸等を確認していたとは認められなかったということで、全体を見回して、寝ているか、起きているかの確

認にとどまっていたのではないかと危惧されるということでございます。また、本児につきましても、うつぶせ寝であっても顔が真下を向いていなければすぐに仰向けにはされなかったということでございまして、また、本児に係る睡眠時チェックは、その都度記録されたものではなく、事後に記憶に基づきまとめて記載されていたものでございます。以上をもちまして、本園においては睡眠時観察が十分ではなかったと言わざるを得ないということでございました。

イといたしまして記録様式が不十分ということで、大阪市が配布いたしました睡眠時チェック表は、大阪市の指導内容の最低限がその様式だけで充足しているというレベルまでには達していない感は否めないということでございまして、実践的な観点からは、その様式をしっかりと見れば最低限の確認ができるというレベルの様式化が必要であるということでございます。

次に、施策でございますけれども、アといたしまして0歳児及び1歳児のうつぶせ寝禁止の再周知ということで、うつぶせ寝に関する危険意識が今なお低いのではないかと危惧しているということでございます。こどもが寝ていればということで、保育士の方は他の用件もできるというようなこともございますけれども、事は死亡リスクとの関係ということでございますので、「事故対応ガイドライン」で示されていますように、うつぶせ寝を見つけたら医学的な理由がある場合を除いては仰向けにする等、シンプルに捉えるべきであります。また、0、1歳児に睡眠時の死亡事故が多いことを考慮いたしまして、0歳児を超えまして1歳児につきましても、寝返りができるといたしましても、よりこどもの状況が把握しやすい仰向け寝にし、慎重に睡眠時の観察を行うことが必要と考えるというようなことを提言内容としております。大阪市はこれらを再周知し、指導を強化されたいということでございます。

次に、28ページをご覧くださいまして、記録様式の改訂につきましては、3段落目でございますけれども、本市事故が発生したことを真摯に受けとめ、今後、様式自体に原則うつぶせ寝をさせないといった注意喚起を記載するなど、より実効性が高く、活用しやすくなるように改訂されたいということで、具体的な例といたしまして参考例をこの報告書案の53ページの方に記載をしておりますので、またご覧いただければと思いますけれども、一番上にうつぶせ寝はさせないというふうを書くなど、様式を工夫したものを添付しておるところでございます。こちらを参考にしまして、またレベルを高められたいということでございます。

次に、ウの観察補助手段ですけれども、(ア)といたしまして監視カメラということで、国の「事故対応ガイドライン」では、施設・事業者に対しまして地方公共団体が、睡眠中、水遊び、食事中等の活動における危険の有無の確認や、万が一事故が発生した場合の検証ができるように、必要に応じてビデオ等の記録機器の活用を検討するように周知されたいということになっております。監視カメラの設置につきましては、認可保育園等への移行を目指す認可外保育施設に対しまして、国の平成28年度補正予算から国庫補助対象ともなっているところでございます。

(イ)の睡眠時観察の補助機器でございますけれども、こちらの方に無呼吸モニターというものを記載しておりまして、死亡事故の発生のリスクが高いと言われる3歳児未満の入所初期や体調不良の場合に、補助的機器として利用することは妥当ということもございまして、機械に頼り過ぎてしまい、最も重要な保育士及び保育従事者のきめ細やかな観察がおろそかになってしまうという本末転倒に陥ってはならないことは当然で、留意が必要ということも記載しております。

次に、提言3、入園初期リスクの軽減についてでございますけれども、まず、入園初期の事故発生の危険性といたしまして、預かり初期における乳幼児のストレスは保育に特有のものであり、特に乳児は言葉で自分の意思や欲求を伝えることができないため配慮が必要です。慣れ親しんだ生活環境から人も場

所も変わった保育施設で生活するという事実を直視するならば、未だ未成熟な乳幼児のストレスも相当大きいことは想像に難くないですし、知らない間に疲労がたまりS I D S発症リスクが高まるとの警告も散見されております。参考意見陳述にもございましたとおり、本児の司法解剖を行った検案医によりますと、本児の胃は非常に満腹状態で内容物がほぼ消化されていなかった状態にして、こちらが「乳幼児の予期せぬ突然死」ということで、S U I Dと略されておりますけれども、発症リスクの1つでもあるストレス因子が本児の身体症状に表れていたようであるということでございます。そのためにも、といたしまして、入園初日までに保護者と保育施設が発育歴や当日の様子などこどもの状況を共有することは欠かせないということと、また、リスクの軽減のため、それぞれのこどもの体調、状態に合わせて保育時間の短縮を行う「慣らし保育」を行っている園も多いということでございます。

次に、(2)の課題でございますけれども、まず、入園初期の事故発生の危険性について理解が不十分ということでございます。本園の関係者へのヒアリングでも、入園初日に保育事故の発生の危険性が高いことは認識していましたというようなご発言はあったんですけれども、そのリスク軽減のための必要な行動に結びついていなかったというところがございます。そのために対策が不十分であったと言わざるを得ないということです。また、前述のとおり、保護者の方は事前に「慣らし保育」どうですかということで本園に相談していたところございましたけれども、その際に、入園初期の事故発生のリスク軽減のためには、「慣らし保育」が有用な方策の1つとなり得ることについて説明はなかったということでございます。

イといたしまして、入園までの事前情報の共有が不十分ということで、本園では入園前に母子健康手帳の写しや発育アンケートの提出は求めており、情報の共有はあったようですけれども、初日に確認すべき本児の様子、体温、朝からの食事内容については、連絡帳を入園前に渡さなかったということで確認できなかったということで、また、登園時に保護者の方から聴取することもなかったということで、必要な基礎情報を把握せずに初日の保育に入ったということになっております。入園までの事前情報の共有は不十分であったと言わざるを得ないということでございます。

次に、(3)といたしまして施策の方でございますけれども、(ア)といたしまして入園初期の事故発生の危険性についての周知ということで、事故報告の傾向からも保育の経験的にも入園初期における事故発生の危険性が高いことはご存じの方は多いんですけれども、その中には取り返しのつかない死亡リスクも含まれていますので、具体的に行動しなければいけないというレベルまで危険性の認識として不十分な現状があるのではないかと危惧しておりますということで、そちらにつきまして国から明確にその旨の提示はないんですけれども、本件事故が発生したのを契機に、大阪市は例えば入所時期との関係で「乳幼児の予期せぬ突然死」の発症率のデータを示すなどして、わかりやすく実感できる工夫をした注意喚起に努められたいとのことでございます。

(イ)「慣らし保育」の啓発につきましては、入園初期いきなり長時間の保育を受けるよりも、徐々に慣れていくことができるのであれば、こどもの立場からは望ましいということがございますので、また、「慣らし保育」が入園初期の事故発生の危険性の軽減策の1つとして有用な可能性もございます。ですので、施設としてはこのような意味を説明できることが望まれますし、少なくとも保護者の方が関心を持っている場合には実施する方向で話すことが望ましいといいながらも、「慣らし保育」につきましては、近年、保護者の就労状況等により保育施設において実施されることが減少しているというのは聞いておまして、ということをお踏まえまして、大阪市は、保護者や保育関係者のみではなく、保護者の勤務先である企業など社会において幅広い理解が得られるように啓発に取り組まれないということござ

います。

次に、イ、入園初期の情報を効果的に収集する仕組みづくりにつきましては、大阪市は、認可外保育施設に対しまして、入園初日におけるこどもの情報収集の参考としまして、児童原簿でありますとか健康報告書の様式を配布していたんですけれども、具体的な利用の利便性とか最小限が望ましいということからすると十分ではなかったと思われる。この点につきましては、また参考資料 9、56 ページでございますけれども、大阪市立保育所のチェックリストをご参考に添付しているところございまして、それを題材にまた大阪市の方で参考となるチェックリストを作成して、連絡帳とあわせた活用方法など、入所初期の情報を効果的に収集する仕組みをつくらたい、そしてその仕組みを認可・認可外を問わず情報提供されたいということでございます。

続きまして、32 ページ、提言 4、保護者への情報提供でございますけれども、まず、重要性につきましては、保護者への情報提供、特に「本件保育事故」の教訓も含む有益情報を保護者が必要なときに簡易に入手できる体制を整備することが重要であるということ、また、それによりまして、保護者の方は、待機児童問題の解消が前提になりますけれども、希望に沿った保育所をより適切に選択できるようになって、そのことは措置から選択へという立法の大きな流れに沿うことにもなりますし、この反射的效果としましては、施設の意識が高まることも期待できるということでございます。

次に、課題といたしまして、まず認可外保育施設と認可保育施設の区分が曖昧ということでございますけれども、認可保育施設は認可に見合う一定の運営基準とかを遵守することが法律上也求められていますけれども、認可外保育施設は児童福祉法等による認可を受けていない保育施設の総称ということでありまして、ベビーホテルとかインターナショナルスクールなど、さまざまな施設内容となっているところでございます。また、届出のあった認可外保育施設のうち、「認可外指導監督基準」を満たす施設につきましては「認可外証明書」を交付することになっているところ、そのことは、当然ですけれども、認可保育施設が満たすことを求められている基準を満たしていることは意味しないところでございますが、それがなかなか一般の保護者にはわかりにくいのではないかなというような課題も書いております。

次に、イといたしまして、「本件保育事故」の教訓も含む啓発情報が不足ということですが、認可外保育施設などの利用希望者の参考に資するために国の方で「よい保育施設の選び方 十か条」が示されております。こちらでは実際に園に見学に行きましょうとかいうのを書いているんですけれども、必ずしも十分な周知がされていないのではないかと危惧されるということでございます。また、本件事故の教訓ということで、睡眠時チェックのあるべき姿の啓発情報が十分事前にはない状況であります、確認すべき視点が普通はわからないのでなかなか不十分さに気づくのが困難ということもありますので、その意味で「本件保育事故」の教訓を含む啓発情報は保護者の保育所選択に極めて重要であるんですけれども、現状ではそれらの啓発情報が容易に手に入る形では整備されていないということでございます。

ウといたしまして、必要なときに必要な情報が簡易に入手できるための環境が未整備ということでございまして、現行の大阪市ホームページにおける保育施設に関する情報提供は、いろんな情報はあるんですけれども、一覧性に乏しく、保護者が求める情報や相談先を見つけることが困難な印象を持つということでございます。また、各区役所におきましては、担当職員に加えまして利用者支援専門員が配置され、担当の職員が保護者の事情に合った相談事業でありますとか情報提供を行っているんですけれども、特に認可外保育施設につきましては、公費負担の方を行っていないという経過もございまして、区役所におきまして十分な情報が提供される体制になっているのかは必ずしも定かでないということでございます。

施策といたしましては、まず認可外保育施設と認可保育施設の区分の明確化ということでございまして、認可外は多様な施設の総称であることを踏まえながらも、大阪市が指導する基準が異なっていることや、それぞれの特徴を保護者が理解し正しく区分できるように情報提供内容を見直されたいということがございます。

イといたしまして、「本件保育事故」の教訓も含む啓発情報の充実でございますけれども、まず、認可外につきましては、証明書発行はホームページで公表しておりまして、立入調査結果についても公表しておりますけれども、それとは別に「本件保育事故」の教訓を含む一般的な啓発情報がわかりやすい形で情報提供され、充実していくことが望ましいことは多言を要しないということで、例えば、日頃よりこどもの睡眠時のチェックをどのように行っているか聞いてみようといった項目を追加いたしましたりとか、前提情報といたしまして、あるべき睡眠時のチェックの方法や入園初期リスクなどの情報も保護者にわかりやすい形で整理し、啓発情報を充実されたいということでございます。

ウとしまして、必要なときに必要な情報が簡易に入手できるための環境整備ということで、保護者の方は、今、インターネットを通じまして情報収集を始めることが多くなっていますので、大阪市ホームページの構成・内容を再構築すべきということで、まず全体像がわかるように目次を設けるでありますとか認可・認可外の違いとか、保護者の求める情報にたどり着きやすくなるように体系的な工夫が必要ということでございます。また、「よい保育施設の選び方 十か条」や「本件保育事故」の教訓としての施設選択の際の視点は、初めて保育所を探そうと思う場面の保護者に接してほしい情報ということでありますので、各区役所の母子保健担当と連携をいたしまして母子健康手帳の交付等の段階で同時に情報提供することも有益ということでございます。

次に、提言 5 といたしまして、大阪市の指導監査体制の更なる充実でございますけれども、重要性につきましては、事故予防のためにはきめ細かい指導助言ができる体制を整備するとともに、指導助言過程で得られた教訓やその教訓などが各保育施設が活用可能な形で速やかに情報提供されて、全体の財産にし得る体制を整備することが極めて重要ということでございます。

課題としましては、現状の指導監査体制が不十分ということがございまして、大阪市では認可外保育施設に対しまして年 1 回以上の立入調査を実施しており、この施設につきましても認可外証明書は交付されていましたが、事故後に事前通告なく実施した特別立入調査では不備が見つかって証明書の返還という事態となっているというところがございます。また、事故後に本園関係者へのヒアリングを行ったときに、「認可外指導監督基準」は満たしておりまして、保育士の方や保育従事者が同時に給食を調理されて、また給食の材料を買い出しにも出かけることがあるということで、その間は実際の保育に従事できなかった実態があることがわかりました。こちらにつきましては現状の指導監査体制に基づく指導助言では不足ということで、より強化が求められるということでございます。また、こちらの日常の園運営に対することにつきましてはなかなか大阪市だけでは難しいというところもございまして、国におかれまして「認可外指導監督基準」の職員配置基準を改正しない限り状況を変えることはできないという認識のもとで、国に申し入れされたいということがございます。

次に、イ、教訓等を活用可能な形でとりまとめる体制が不足ということでございますけれども、こちらにつきましては、啓発情報の発信は大阪市も積極的に担うことが望まれるところ、このような求める内容を充実させるためには人員が現状では不足しているように思われるということでございます。

次に、施策にまいりまして、アといたしまして巡回指導員の増員及び立入調査等の実施ということで、経験豊かな保育士等が指導員として各施設を巡回指導する仕組みは、きめ細かい指導助言ができる体制

の整備としては極めて有用であるということをごさいます、更なる充実のため、事故防止のための巡回指導員を増員して、認可外保育施設も対象に加えられたいということをごさいます。また、本件では、事前通告なく特別立入りを行ったことにより不備事項が確認されたということもごさいますので、認可・認可外を問わず、通常の立入調査に加えまして、睡眠中、水遊び、食事中等の活動時など、事故の発生につながりやすい場面に重点を置いて事前通告なく立入調査等を実施されたいという内容をごさいます。

イでごさいますけれども、保育内容の充実及び事故対応の中心となる専任職員の配置ということをごさいます、啓発情報につきましては認可・認可外を問わず概ね共通する事柄であるということ、この重要性ということを鑑みまして、現状においてこの業務の重要性が低くて、たくさんの業務の中の1つとしての位置づけしか与えられていないことが原因ではないかということ、対策としましては、それらの啓発情報を整理し発信することを第一順位の業務として位置づけられた専任の職員を配置することが効果的な対策となるはずであるということ、専任の職員を配置されたいということをごさいます。配置されましたら、いろいろと情報発信でありますとか、万が一事故のときの対応もスムーズになるというような効果が期待されるところでごさいます。

最後に、7、補足といたしまして、事故検証のための基礎資料でごさいますけれども、本件事故の検証につきましては、国の通知の運用としまして大阪市においては初めて実施されたものをごさいますけれども、その基礎資料につきましては、こどもの健康状態や死因に関するものは多くが個人情報あるいは刑事事件の捜査情報であり、関係者の了解なく取得することが困難な性質を有しているものをごさいます。今回は幸い、保護者及び施設関係者からの情報提供が得られ、また捜査情報である鑑定意見も聴取できたことから一定の分析評価が可能となりましたけれども、こどもの重大事故の検証をさらに有意義な取り組みとするためには、海外で実施されておりますチャイルド・デス・レビューなども参考に、国において事故検証に必要な情報は常に入手できる仕組みづくりも重要でありますので、その実現に向けて大阪市からも国に申し入れされたいということをごさいます。

資料2の説明については以上でごさいます。

続きまして、資料3の方の説明に移らせていただきます。

こちらにつきましては、資料2で今ご説明いたしました内容の抜粋版でごさいます、施設概要、主な事実経過、そして死亡原因の推察、再発防止策の提言をコンパクトにまとめたものをごさいます、こちらで、大阪市内の就学前の施設に対しまして、この概要版と報告書をともに送付いたしまして、まずたくさんの分量のある報告書を見ていただく前に、こちらを見て概要をつかんでいただきたいということで作成をしたものをごさいます。こちらにつきましては、特に認可外保育施設につきましては、この報告書と概要版をセットにしまして印刷物にしまして、手にとっていただいて読んでいただきたいというところから郵送する取扱いを考えているところでごさいます。

私からの説明は以上です。

寺見部会長

ありがとうございました。

それでは、委員さんの方から、何かこの報告書の案についてご意見ございましたら、よろしく願いいたします。修正すべき点等も含めて、よろしく願いいたします。

今回、これを私たちがまとめていくに当たりまして、5人の委員がそれぞれの立場からそれぞれに検証

を重ねてきて、本当にいろいろな思いをこの中に私たち委員も含めているといえますか、いろんな思いが含まれています。このような形にまとめ上げられたことは、本当に事務局の方々のご苦勞もありますけれども、諸委員さんの本当に真摯な取り組みに私自身も非常に感謝もしている次第のところでございます。

それでは、最後のこの報告のことに關しまして、委員の方々からご意見等をお伺いしたいというふうに考えています。どなたか口火を切っていただきますとありがたいですが。

よろしくお願いいいたします。

舟本委員

舟本です。短いですが、多少文書で記載してきましたので。

保育所という本来子どもたちがにぎやかに過ごす環境のもとで、ご家族にとって、また社会にとっても、大切に未来ある命が突然失われたことは極めて重大かつ残念な事態です。

事故発生が昨年4月4日、私は5月中旬に本検証部会の委員を委嘱され、6月3日、第1回部会に出席、同日に当該保育所視察という慌ただしさの中で、自分の立ち位置について考えてみました。小児医療の現場で働く者として、死に直面することもまれとはいえございますが、それらの多くは、程度の差はありましても、ご家族も含め関係者が最悪の事態も予想できるものであり、また、原因を調べる場合も医学的検討が主となります。ところが本事例の場合は、それまで健康で過ごされていたお子さんが突然急変して亡くなったというものであり、事件、事故、病気といったあらゆる事態を想定しながら検証活動を進めていかなければなりません。私に求められているのは医療という専門的視点ではあるのですが、それだけでよいのだろうかとの自分の立ち位置にまず戸惑いを覚えました。さらに、医療事故における検証作業の場合は明快に結論を出すことができない場合も多く、本事例でも同様の展開になったとき事例関係者の理解は得られるだろうかというのも不安でした。

そうした中で私たちは、限られた資料やヒアリング内容をもとに、さまざまな可能性があることを考慮しつつ、何が起こったのか、どうして救えなかったのかに迫ろうと努力してまいりました。でも残念ながら、原因について、結果としてそれらの可能性は可能性として残りました。これは私たちの、あるいは第3者による検証部会の限界によるものなのかもしれません。でも一方では、本件を、可能性を残しつつ、ありのままに評価し、その結果に基づいた適切な提言を発信することこそが最も重要であり、これからの社会にとって意味のあることとも考えています。

調査報告書の内容には、ご遺族、施設関係者、また、過去に大切なお子さんを保育施設等で亡くされた方々にとって納得できない部分もあるかもしれませんが、私たちの主たる目的は、こうした不幸な事例を今後限りなくゼロにしていけるために、今ある資源を有効活用しつつ、実行可能な施策を提案することです。そのように考えますと、検証部分にいろいろな可能性が残ることにも一定の意義はあったと言えるのではないかと考えています。

そうはいいまして、提言についても悩むところが多かったです。安全な保育環境の実現という目的に照らしまして、理想と現実の間で、何を、どこまで、どのように改善することを求めるかについては、各委員の知識、経験、そして価値観が影響します。主として私が担います医学、医療の分野では、エビデンスという用語が多く用いられています。提言内容について、どのような、そしてどの程度の科学的根拠、つまりエビデンスがあるのかと問われるわけです。でも、そのエビデンスのほとんど全てが、こうした方がしなかった場合に比べて事故発生率が低いという確率をもとにした判断になります。つまり、

そうしたからといって必ず事故が防げるわけではないし、しなかったからといって必ず事故が発生するわけではありません。こうした限界を認識しつつ具体的な提言をする場合、必ず守るべき事項は別ですが、コストを含めさまざまな要因を考慮し、実行可能性をもとに、ある程度の幅を持たせることとしていきます。これについては曖昧というご指摘もあろうかとは思いますが、現時点では妥当な内容となっているのではないかと考えております。

今後、この提言に沿った諸施策が展開され、極めて不幸な事例の防止につながっていくことを願ってやみません。

最後になりましたが、この報告書が出たからといって、大切なお子さんを亡くされたご遺族の気持ちが癒されるわけではありません。今までと同様、これから先もつらい思いに耐えていかれることを考えますと、保育に関わる全ての人が、お子さんのことを忘れずに事故防止に努め続けることが求められていると思います。

以上です。

寺見部会長

ありがとうございました。

舟本委員さんには医学的な部分で随分ご苦勞をおかけして、私たちは医学が専門じゃないものですから、私たちも勉強させていただきながら、いろんな視点から捉えることの難しさを本当に痛切に感じさせていただきました。

その他の委員さんの方からいかがでしょうか。何かご意見、修正、今のようにいろんな思いを語っていただけたらと。

語り尽くせないことがたくさんありますよね。やっぱり命を預かる上で、人間ですから、何気にやったことの中に物すごく問題性が含まれていたり、その何気なくやったことの何か事柄が次のものすごいことを引き起こしてみたりで、私たちも意識をどう持つかということがものすごく重要なんだと、意識するだけで随分違うということ、私たち、非常にこのことで感じましたけれど。

西村さん、お願いします。

西村委員

まず事実確認です。報告書の 17 ページで、胃内容物の消化という箇所、「内容物もまだ消化がほとんどされておらず、食べてすぐという印象だった」という印象を記している箇所は、私がお医者さんに質問をしたやりとりの中で出てきたコメントで、記憶としてもこういう話があったということで記載をしているところで、念のための録音反訳の記録の確認もしてもらっていたと思うのですが、再度の確認です。事務局の方でも録反した記録の中でこの記載は確かにあったということによろしいでしょうか。

武田子ども青少年局保育施策部指導担当課長

私どもの方が、西村委員がおっしゃったような議事録を確認いたしましたところ、確かに西村委員と中間先生のやりとりのところがございまして、このお子さんの状態であればご飯を食べてからどれぐらいの時間なんだろうかわかりますかという西村委員の問いかけに対しまして、そのお答えの中に、普通で言うんだったら 2 時間ぐらいと判断するんですけども、今回はいろんな緊張状態の様子もありましたので、そういうことを考慮すると 15 時でも矛盾しないのかな、印象は食べてすぐという印象ですとい

うようなご発言があったというふうに確認しております。

西村委員

ありがとうございます。

以降は、感想、意見のような話なのですが、今回、皆さんといろいろ議論をして、事実面については、どうしても反対尋問を経ていないとか、証拠関係の限界があって、ある程度、一定の幅のある事実で対応するしか、制度上、仕方がないかなとは思っているのですが、再発防止との関係では、その幅のある範囲でできるだけいろんな提言ができたらいかなという観点から、今回は皆さんといろいろ議論をして提言してきたと理解をしています。

提言に当たっては、かなり細かく提言はできたかなと思っています。かなり細かいところまで踏み込んだので、審議会でする話としては踏み込み過ぎ感もあるのかもしれませんが、再発防止の観点から、しっかりと意見は言いたいという観点から提言させてもらったことなので、大阪市は是非ともその個別のところの話を実践に結びつくように対応していただきたいなと思っています。

例えば、睡眠チェック表も、改訂書式のたたき台をつくったという経過もありますが、それを踏まえて更によりよいものをつくって頂きたいです。また、書式などで外枠はつくるのですが、それも結局は使いようの話で、それをちゃんと真っすぐ受けとめてもらって実践の場面で具体的に使うとなると、書式だけではやはり限界があってどうしても難しく、そういう意味で今回は巡回指導員の増設の話不提言しています。指導員の人たちに行ってもらって、個別にどんなことをやっているかも見て、こういうふうな見方をするんだという、その具体的な実践のところきちんと結びつくようなリンクをさせた運用をしていただきたいなと思っています。提言は全体的にはそんな感じです。

あともう一点、概要版つくっていただいて、まとめていただいてきれいになっているのでよかったと思っています、先ほどこれを無認可のところにくっつけて出していただいて啓発をするということだったのですけれども、加えて、これはまだあくまで提言のレベルなので、こんなことがありました、こんな提言が出ています、こんな視点に注意してくださいというところまでは多分いくとは思んですけど、そこを踏まえて、その後、多分大阪市さんが次々と恐らくたくさんの方の施策を実行なさると思っているのので、そのなされた話を続報としてまた伝えていっていただけたらなと思っていますので、よろしく願います。

以上です。

寺見部会長

ありがとうございます。

本当に、西村委員さんには法的な立場から、法的な部分、私たちはあんまり得意ではない方でしたので、随分、この素案をつくるに当たり、またこういう書式をいろいろ整えるに当たり、本当に法的な面からのサポートをしていただいて、気がつかないところを随分気づかせていただいてありがたく思っております。

他に何かございませんでしょうか。

願います。

堀委員

今回、認可外の保育施設で子どもさんが亡くなったということで、子ども自身がその時どんなふうになっていたのかとまず思ったのと、保護者の方の思いも、本当にどうなっていたんだろうと思われていたんだろうなと思いました。それと、私自身が保育の現場にいましたので、保育をしている保育士としても、え、なぜこんなことになったんだろうと思いました。その事例に際して自分はどんなことができるのかなというふうに考えていました。

ただ、事例を見ながら思ったのは、なぜ子どもさんを受け入れたときに朝の健康チェックをしなかったのか、子どもさんのその症状を見たときに、どうして即子どもさんのことを思って救急車を呼ぶとか中で緊急体制が組めなかったのかと自分の思いとしてありましたが、これは認可外だからということになったのかなと思いました。「いやいや違うよ」と舟本先生の方から言われて、そうだなと。認可外ではたくさんの0歳児、1歳児という子どもさんを預かっていただいています、これからは待機児童解消ということでたくさんの小さい子どもたちが保育の現場で過ごすようになると、そのときに、こういう事例に際して自分たちが学べたことをみんなに伝えていかないとだめだなというふう実感しております。

そんな中で睡眠チェック、0歳児は5分に1回なんですけれども、実際子どもが寝ているときの保育の現場というのは忙しいです。この時間にお帳面書いてあげようと、この時間に少し制作して子どもたちのものをおうちに持って帰らせてあげようと、そういうことに費やしますので、5分に1回本当に見られるんかしらというふうに現場の保育士さんは思われるかもしれないです。でもしっかり見ていただきたい。そのときにも、見るだけじゃないんですよ、さわってください、さわることが子どもにいいですよというふうにお話を聞いたのと、もう一つ、深くお話聞いたのは、子どもさんを預かって、保育の現場では、「慣らし保育」って要りますよね、できたら子どもが泣かなくなってからもう少し時間長くしましょうというふうに保護者の方にお話するんですけれども、そんなことできないですよ、明日からお仕事でというふうに言われるのが通常の保育の現場ですね。それでどんどん「慣らし保育」というのはなくてもいいというふうなところまで来ているような状況にあるんですけれども、できたら保育所に、預けるという前に、子どもの居場所としてそこを保護者の方と一緒に使っていただいて、子どもがそこに来て楽しいと思えるような環境づくりも必要なんじゃないかなと、感じました。それが子育て支援というのが求められているところなのかなと思って、今回の事例を重く受けとめたところです。ですから本当に、ここにおられるいろんな先生からいろんなことを学ばせていただいたんですけれども、「慣らし保育」要るんですよと保育者が言えること、もうそれだけでもよかったかなと私自身は思っています。そして保育者はしっかり子どもを見る、それが役割なんだということを、任務と役割としてより意義として感じたところです。本当にありがとうございます。これを現場で働く保育士さんたちに伝えていきたいなと思っております。

寺見部会長

堀先生には本当に、保育の現場、長年のご経験から、私たちが気づかない部分にちゃんとメスを入れてご助言いただけたなというふうに思っております。

今回の提言に当たりまして、最初に説明ございましたけども、確かにこのこと自体は無認可で起こった事柄なんですけれど、それはもう原則的に、保育をするところ、子どもを預かるところの原形を、全てについて検討しなきゃいけないわけで、その意味で、認可外だけじゃなく、認可されている園でも起こらないようにということ考えさせていただいたというのも、こういうところに私たちの思いがある

ということです。やはり命預かるところですから、そこがみんな共通理解の上で子どもたちを受け入れていく、チルドレンズファーストという言葉がありますけれども、子どもにとってどうなのか、恐らく堀委員さんがおっしゃられたところはそこのかしらというふうに今お伺いしていましたけれども、

いかがでしょうか。

林委員

本当に最終の報告書までというようなことでいよいよ来たという感じなんですけれども、ちょっと教えていただきたいんですけども、最終の報告書の提言は、本日、この案をとる形になると思うんですけども、既に大阪市さんの方で、行政指導監査の方で、この提言の内容でもうどんどん前倒しで進めているというようなところになるんですかね。

武田子ども青少年局保育施策部指導担当課長

お答えさせていただきます。

昨年度、この保育事故が発生したということで、認可外保育施設を対象に普通救命講習を大阪市の方で主催いたしましたしてご参加をいただいたというのはございます。あとは、提言後のところで、大阪市の指導監査体制の更なる充実ということで、事前通告なしの立入調査を実施されたいという提言内容になっておるんですけども、特に認可外は保護者の方からいろいろご意見というか苦情も含めてお電話が多いというところございますので、そういうご連絡をいただきましたらすぐ行かせていただいて立入をしておりますので、そういう意味では事故が発生しやすい場面に重点は置くのではなく、いろいろな事例はございますけれども、割と事前通告なく立入はしているというような現状はございます。

林委員

ありがとうございます。

先ほど委員の先生方がおっしゃいましたように、報告書は、形式的なもので、あくまで活用されて運用されて初めてやはり事故を防げると思っていますので、スピード感を持って対処していただけたらありがたいなというふうに思っています。

寺見部会長

ありがとうございます。

本当に、林委員さんにもここというところではちっといい言葉を会議の中では発言していただいて、私たちが気づかないところに気づかせていただいたりすることがありました。

他にご意見等ございませんでしょうか。

特に修正箇所がございましたら本当に今しなければなりませんので、発言いただきたく思います。よろしゅうございますか。

それではもう修正なしということで、これを報告書とするということでよろしゅうございますでしょうか。

お言葉が足りないという方がありましたら。よろしゅうございますか。

私は途中途中で言わせていただきましたけれども、言い出すと長いのでいかがなものかと思いますが、今回、本当に14回ですか、会議を開かせていただいて、その都度その都度、いろんな視点から委員さん

から出てくるのを見ながら、やはり私たちが気づかずに日々、自分しているんだけども気がつかないうちにいろいろして、それが、エビデンスという言葉先ほどおっしゃいましたけれども、個人の中でも日々、特に専門職につかれています、あるいは専門職とまでいなくても仕事を持っているということは、自分のしていることの一つ一つをやっぴりエビデンス、自分にとってのエビデンスがないといけないのかなど。よく振り返りをしましょうという言葉で言いますけれども、そういう事柄をやっぴり確かめながらやっていかないといけないのだなということを非常に今回も学ばせていただきました。今先ほど意識を持つというお話をしたんですが、意識を持つというと非常に言葉で流れてしまいやすい言葉、本当に言葉で流れる言葉みたいところが強いんですけど、そういう意味ではなくて、今回は検証とそれから再発防止ということでしたんですけど、ここで語られたり、あるいはこの報告書に可視化されて記載された事柄というのは、私たち、意識にとどめよということだろうと思うんですね。それを、触れるだけでもという言葉も先ほどありましたけど、こういうふうに文字化されてこれに触れるだけでも、やっぱり気づきをつくってくれると思うんですね。ですから、そういうふうな意識を持って専門職の人は関わっていく必要があるなということを再認識させていただいたことと、繰り返しになりますけれども、今回のこのことが形式にとどまらないでやっぱり実行される施策として動いてほしいし、このことを、PDCAでないですけども、検証する、後々検証していくという社会的な責務が行政さんの側にはあると思いますので、そのところをやっぴり押さえていただきたいということを思います。

それから、今回の中で、先ほど舟本委員さんがおっしゃっていましたが、うつぶせ寝の問題が随分論議の中核になりまして、1歳以上になりましたら寝返りがもうできますので、そういうことについてもどういうふうに、ちゃんとうつぶせ寝していたら仰向けに戻さなきゃいけないというふうなことを決めてしまっているんだ、決めてしまう必要があるんだろうかないんだろうかとか、もっと広げた方がいいんじゃないか、2歳ぐらいでもやっぱり検証している方がいい、うつぶせ寝をさせないようにした方がいいんじゃないかとかいうような、危険性ということから考えますといろいろ考えることができるわけですけど、規制をかけることは簡単なんですけど、やっぱりそうされることによって子どもは目を覚ますし、睡眠が不足になるという可能性もあるわけですから、そういう現実性を考えたときにどこにそのラインを引くのかということからは私たちをとて悩ませたところでしたし、そのエビデンスを求めて求めて舟本先生を随分苦しめたということもありました。

ですけども、こういった形でまとめられたことをとてもうれしく思っておりますし、このことが、検証であると同時に危険防止であると同時にそれをもう一つ、堀委員さんがおっしゃいましたけれども、『保育の質』が高まっていくということに、危険でなければいいんじゃないかと、それを防止することが保育そのものの質を高めていくような、やっぱり私たちの取り組みが必要なんだと思うんですね。ですから、その私たちの取り組みにどのように長期的にしていけるのかということからは、この審議会を離れて、保育現場全ての人たちがやらなければならない、あるいは考えて取り組んでいかなければならないことだと思うんですね。その上にこれが乗っかるから有効になるという、これを守れば有効なんて、子どもの命が助かるわけではないと思いますので、そこらあたりはぜひ現場の先生方にも啓発をして、現場の先生方だけじゃないですね、今ちょうど小規模型の保育がたくさんできてきたり、新しい園がたくさん、こども園もそうですね、たくさんできておりますけれども、そこに関わる方々皆さん、施設の園長先生、法人さん、全ての方々がそのことへの認識を新たに持っていただき、さらに高めていただくということをお願いしたいなと、これを機に私たちもそういうことを啓発していきたいというふうに思っております。本当にいろいろありがとうございました。

それで、この形で決めるといいますか、この形で一応提案させていただくものを決定させていただく、ちょっと表現がよくわかりませんが、決定させていただくということで今後進めさせていただきたいと思います。

予定しておりました議事はこれで一応終了なのですが、どのようにいたしましょうか。

この形になるまでに、かなり日本全国、先ほど 13 件の事件、事件というか事故が起こっていると言いましたけれども、これに先立って東京都から出ているんですね。東京都から出ている提言もかなり参考にさせていただいたり、よく存じ上げた先生がされていたので参考にさせていただいたりしました。

じゃ、これをこの形で持っていかせていただいてよろしゅうございますか。

武田子ども青少年局保育施策部指導担当課長

では、寺見部会長からお渡しいただくということで。

では、ただいまの先生のまとめを持ちまして、本案の案をとりまして最終の報告書ということで取り扱っていくということをお願いしたいと思います。

それでは、子ども青少年局長の内本が受け取らせていただきます。

寺見部会長

では、よろしくお願いいたします。

内本子ども青少年局長

どうもありがとうございます。

しっかり受けとめさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

寺見部会長

ぜひ実行に移していただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

納田子ども青少年局保育施策部保育企画課施設指導担当課長代理

それでは、本日予定していた議事はこれで終了いたしました。

委員の皆様におかれましては、昨年 6 月より 1 年を超える長期間にわたりましてご議論いただきまして本当にありがとうございました。

教育・保育施設等事故検証部会はこれで終了いたします。ありがとうございました。