

大阪市たんぽぽの国保育事故調査報告書（案）

平成 29 年 7 月

こども・子育て支援会議
教育・保育施設等事故検証部会

目 次

はじめに	1
第1 「保育事故」の検証の結果	3
1 認可外保育施設「たんぽぽの国」の概要	3
(1) 施設概要.....	3
(2) 運営状況（運営状況報告より）	3
ア 施設に備えられている遊具等.....	3
イ 備えられている医薬品.....	3
ウ その他.....	4
(3) 当該施設に対する指導監督の状況.....	4
ア 報告徴収.....	4
イ 立入調査.....	4
2 主な事実経過	5
(1) 平成28年1月から事故前日まで.....	6
(2) 事故日.....	7
ア 登園までの経緯.....	7
イ 登園時の様子.....	8
ウ 本児の寝かしつけ.....	9
エ 午睡チェックの前提事実.....	10
オ 本児の午睡の状況.....	12
カ 異変認知（うつぶせ寝・チアノーゼ）	13
キ 緊急対応Ⅰ	13
ク 緊急対応Ⅱ.....	14
ケ 救急隊到着後の経緯.....	15
3 死亡原因の推察	16
(1) 中間医師.....	16
ア 解剖所見と死因.....	16
イ 附随する状況.....	17
(2) 新田医師.....	17
ア 本事例の印象.....	17
イ 原因.....	18

第2	「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	20
	～本件類似事故の根絶のために～	
1	提言	20
(1)	(一次救命処置の対応力の構築)	20
(2)	(実効性ある睡眠時観察)	21
(3)	(入園初期リスクの軽減)	21
(4)	(保護者への情報提供)	21
(5)	(大阪市の指導監査体制の更なる充実)	21
(6)	(補足：事故検証のための基礎資料)	21
2	提言1 (一次救命処置の対応力の構築) の提言理由と内容	22
(1)	一次救命処置の重要性	22
(2)	「本件保育事故」における課題	22
ア	一次救命処置の対応力が欠如	22
イ	事故対応マニュアルの未整備等	23
(3)	一次救命処置の対応力を備えるための施策	23
ア	事故対応マニュアルの整備	23
イ	実技講習を含む実践的な研修	24
ウ	AEDの設置推奨	25
3	提言2 (実効性ある睡眠時観察) の提言理由と内容	25
(1)	睡眠時観察の重要性	25
(2)	「本件保育事故」における課題	26
ア	睡眠時観察が不十分	26
イ	記録様式が不十分	27
(3)	実効性ある睡眠時観察を行うための施策	27
ア	0歳児及び1歳児のうつぶせ寝禁止の再周知	27
イ	記録様式の改訂	27
ウ	観察補助手段	28
4	提言3 (入園初期リスクの軽減) の提言理由と内容	29
(1)	入園初期の事故発生の危険性	29
(2)	「本件保育事故」における課題	29
ア	入園初期の事故発生の危険性について理解が不十分	29
イ	入園までの事前情報の共有が不十分	30
(3)	入園初期リスクを軽減するための施策	30
ア	入園初期の事故発生の危険性についての周知 及び「慣らし保育」の啓発	30
イ	入園初期の情報を効果的に収集する仕組みづくり	31

5	提言4（保護者への情報提供）の提言理由と内容	32
(1)	保護者へ情報提供の重要性	32
(2)	「本件保育事故」における課題	32
ア	認可外保育施設と認可保育施設の区分が曖昧	32
イ	「本件保育事故」の教訓も含む啓発情報が不足	32
ウ	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	33
(3)	「本件保育事故」の教訓も含む有益情報を必要なときに簡易に入手できるための施策	33
ア	認可外保育施設と認可保育施設の区分の明確化	33
イ	「本件保育事故」の教訓も含む啓発情報の充実	34
ウ	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	34
6	提言5（大阪市の指導監査体制の更なる充実）の提言理由と内容	34
(1)	指導監査体制の更なる充実の重要性	34
(2)	「本件保育事故」における課題	35
ア	現状の指導監査体制が不十分	35
イ	教訓等を活用可能な形で取りまとめる体制が不足	35
(3)	指導監査体制を更に充実させるための施策	36
ア	巡回指導員の増員及び立入調査等の実施	36
イ	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	36
7	補足：事故検証のための基礎資料	37

【参考資料】

参考資料1	こども子育て支援会議教育保育施設等事故検証部会委員名簿	38
参考資料2	こども子育て支援会議 条例、施行規則、運営要綱、同会議教育保育施設等事故検証部会運営規程	39
参考資料3	こども子育て支援会議教育保育施設等事故検証部会の開催経過	44
参考資料4	たんぽぽの国平面図	45
参考資料5	主な事実経過	46
参考資料6	医学有識者への事前提供資料一覧	50
参考資料7	睡眠時チェック表（0歳用、1歳～） ＜事故発生時使用様式（認可外保育施設用）＞	51
参考資料8	健康睡眠チェック表（0歳児、1歳児、2歳児） ＜事故検証部会提示参考例＞	53
参考資料9	児童家庭状況及び健康生活状況＜大阪市立保育所様式＞	56
参考資料10	提供された資料一覧	58
参考資料11	提供された資料の取扱いについて	59
参考資料12	用語の解説	61

※本文中のローマ数字は、用語の解説の数字を表します。

はじめに

平成 28 年 4 月 4 日、大阪市内の認可外保育施設で 1 歳 2 か月の児童が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心からお祈りするとともに、保護者の心痛が一日も早く癒されることを願ってやみません。

こうした保育事故はあってはならぬものであり、保育に携わるすべての者は、この保育事故が与えてくれる教訓を共に心に深く留め、こどもの育つ環境の安全確保に万全を期す体制づくりをしていかなければなりません。

大阪市では、この事故を真摯に受け止め、子ども・子育て支援新制度に係る総括的な審議会の部会として、こども・子育て支援会議教育・保育施設等事故検証部会を早急に設置しました。本事故検証部会は、平成 28 年 3 月 31 日付け内閣府子ども・子育て本部参事官等通知「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」を参考に、このような痛ましい事故の再発防止策を検討することとしました。そして事故の経過の把握と課題を明らかにするとともに、当該認可外保育施設だけでなくこどもの命を預かるすべての保育施設の現状を見直し、今後のリスクマネジメント並びに防止策の在り方について審議いたしました。

本事故検証部会は、こどもに関わる専門知識と経験を有する、保育、医療、法律、栄養学等の異なる専門分野の 5 名の委員で構成し、多様な視点から検証と検討を進めました。本事故検証部会として行った事故検証の過程は、主な事実経過の把握と、それに引き続く事実経過から抽出された課題を解消するための再発防止策の提言、の二つに大きく分かれております。

主な事実経過の整理については、関係者の処罰ではなく、あくまでも本件保育事故の課題を抽出するための基礎的な情報とすることを目的としています。いうまでもなく、本事故検証部会には犯罪捜査に認められるような強力な権限はありません。したがって、保護者並びに施設関係者、大阪市の関係部署等に対してインタビュー調査を行い、それぞれの立場からの事実認識や確認情報、意見陳述を収集・整理する方法をとってまいりました。その経過のなかで確定しきれない事項については、制度上の証拠収集の限界や、立場の違いが視点の相違を生じさせ得ることなども踏まえ、幅を持たせて事実確認を行い、評価するよう努力いたしました。

また、再発防止策の提言にあたっては、「重大事故の再発防止を最優先する」という合意のもと、こどもの命と人権の保障や保護者への説明責任とともに、法的義務に限定することなく行政として可能な再発防止策を講じるべきとの観点から、各委員は、それぞれの専門的見地より、具体化を意識しつつ、慎重かつ丁寧に議論を重ねてまいりました。提言としてお示しすることによって、各保育施設や関係諸機関、大阪市の行政などがリスクマネジメントへの課題認識を高め、こどもの安全対策の強化と保育の質

の向上に向けた長期的取り組みにつながることを期待しています。従前の行政施策にとらわれない内容になったのではないかと考えております。

インタビュー調査は、どの立場の方にもつらいものであり、時には平常心では対応できないことも多々あったことと拝察いたします。それにもかかわらず、本件検証のために、ご協力くださり、情報や資料、忌憚のないご意見等をご提供くださったことに、心より感謝申し上げます。

最後になりましたが、本事故検証部会より、改めて、亡くなられたお子様のご冥福をお祈り申し上げます。また、保護者をはじめ関わっていただいたすべての方々のご理解とご協力に心から感謝申し上げます。

第1 「保育事故」の検証の結果

1 認可外保育施設「たんぽぽの国」の概要

(1) 施設概要

名 称：認可外保育施設「たんぽぽの国」
(事業開始年月日 平成6年12月20日)

所 在 地：大阪市淀川区東三国5丁目15番14号 ベルサンテビル2階

設 置 者：ベルサンテスタッフ株式会社
(保育士・幼稚園教諭等の人材派遣会社)

代 表 者：代表取締役 中野 栄造

管 理 者：中野 栄造

施設・設備：鉄筋コンクリート造 5階建ての2階（設置届より）
保育室 80㎡、調理室 4㎡、トイレ 6.5㎡、
事務所 1.4㎡、納戸 4㎡
(参照：45 ページ参考資料4 たんぽぽの国平面図)

開 所 時 間：平 日 7：30～22：00
土曜日 8：00～18：00（日・祝日 休み）
(平成28年4月1日現在)

在籍児童数：1歳児6名、2歳児6名 計12名（平成28年4月1日現在）

組 織 体 制：

施設長 1名	保育士及び保育従事者 3名 (うち有資格者1名)
--------	-----------------------------

(平成28年4月1日現在)

※平成28年6月30日をもって閉園

(2) 運営状況（運営状況報告より）

ア 施設に備えられている遊具等

玩具（ブロック、ジム、パズル）、絵本、机、椅子
楽器（タンバリン、カスタネット）

イ 備えられている医薬品

体温計、水まくら類、外用・消毒薬・絆創膏類

ウ その他

- ・当該施設では事故対応マニュアル等は作成していない。
- ・大阪市実施の研修会への参加状況は、平成 24 年度に施設長が参加しているが、それ以降、当該施設からの参加はない。（大阪市では年 2 回から 3 回程度、認可外保育施設の保育士及び保育従事者※対象に実施）
（※本報告書において保育従事者は無資格者のことをいう。以下、特に注釈がなければ同じ。）

(3) 当該施設に対する指導監督の状況

ア 報告徴収

- ・運営状況報告 毎年
- ・事故等が生じた場合の報告 随時
（直近 平成 28 年 5 月 11 日、特定教育・保育施設等 事故報告 第 2 報）
- ・届出事項に変更が生じた場合の報告 随時
（直近 平成 28 年 7 月 6 日、廃止届）

イ 立入調査

- ・毎年 1 回以上、大阪市職員が概ね 1 ヶ月前に事前通告し、施設の設備若しくは運営について立入調査を実施している。
- ・調査の結果、「認可外保育施設指導監督基準」（以下「認可外指導監督基準」という。）を満たしていると認められる施設に対し、「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。）を交付。
- ・本園の立入調査の実施状況は次のとおりである。

年度	実施日	立入調査結果
平成 27 年度	8 月 20 日	「認可外証明書」交付
平成 26 年度	8 月 7 日	「認可外証明書」交付
平成 25 年度	9 月 3 日	「認可外証明書」交付
平成 24 年度	10 月 26 日	「認可外証明書」交付
平成 23 年度	10 月 24 日	「認可外証明書」交付 《改善を要する事項》 職員の健康診断(採用時及び年 1 回)が実施されていない 労働基準法に基づく帳簿等の整備状況が不十分

年度	実施日	立入調査結果
平成 22 年度	10 月 22 日	《改善を要する事項》 保育従事者が一人勤務の時間帯がある 月極契約乳幼児数に対して有資格者が不足している 乳幼児の健康診断が実施されていない 労働基準法に基づく帳簿等の整備が不十分
平成 21 年度	10 月 28 日	《改善を要する事項》 具体的計画(消防計画)を作成、届出をしていない 乳幼児の健康診断が入所時に実施されていない 乳幼児の健康診断が年 2 回実施されていない 労働基準法に基づく帳簿等の整備が不十分
平成 20 年度	11 月 18 日	《改善を要する事項》 月極契約乳幼児数に対して有資格者が不足している 乳幼児の健康診断が入所時に実施されていない 職員の健康診断(採用時及び年 1 回)が実施されていない
平成 19 年度	11 月 27 日	《改善を要する事項》 保育従事者が一人勤務の時間帯がある 月極契約乳幼児数に対して有資格者が不足している 乳幼児の健康診断が年 1 回しか実施されていない
平成 18 年度	10 月 24 日	《改善を要する事項》 保育従事者が一人勤務の時間帯がある 乳幼児の健康診断が年 1 回しか実施されていない

※この表における保育従事者は、保育士及び保育従事者をいう。

- ・なお、重大な事故が発生した場合又は利用者からの苦情や相談が寄せられている場合など、児童の処遇上の観点から必要な場合に特別立入調査を事前通告なしに随時実施している。
- ・当該施設については、本件死亡事故を受け、平成 28 年 4 月 4、5 日に特別立入調査を実施し、その結果、平成 27 年 8 月 20 日立入調査以降、「保育従事者（保育士及び保育従事者）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（大阪市ホームページ掲載の「月極契約乳幼児数に対して有資格者が不足」と同義）」の 2 点の不備が確認されたので、「認可外証明書」を平成 28 年 4 月 5 日に返却させた。

2 主な事実経過

本件は、大阪市淀川区に所在する認可外保育施設「たんぽぽの国」（以下、「本園」という。）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 か月の男の子（以下、「本児」という。）が午睡中に死亡した事故である。主な事実経過については、関係者へのヒアリング及び提供資料に基づき、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。なお、この事実経過を表形式でまとめたものを参考資料 5（46 ページ）として巻末に添付しているので参照されたい。

(1) 平成 28 年 1 月から事故前日まで

本園は、保育士・幼稚園教諭等を派遣する人材派遣会社（以下、「会社」という。）が運営しており、会社は同一建物内の上階（3、4 階）にあり、本園は 2 階にあった。本園の施設長は、通常、会社のフロアの 4 階におり、会社の業務と兼務している。組織としての本園に対する支援体制はなく、会社、本園は概ね独立して運営されていた。本園の運営に関しては、日々の日報等で会社に報告されるのみで、専ら保育士の判断に委ねられていた。

本園を選択した経緯について、保護者の説明は次のとおりである。母親が職場に復帰するにあたり、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、「認可外保育施設最新立入調査結果」に基づき、検討したとのことである。通勤で利用する交通機関の駅に近い施設の内、「認可外保育施設最新立入調査結果」の「基準を満たす証明書発行」の欄に二重丸印が記載された保育施設は 3 箇所しかなかったが、それぞれの施設に見学に行き、最後に本園を見学したとのことである。

本児は、保護者にとって初めてのこどもであり、大切に育てられてきたことが、事故検証部会に提供された母子健康手帳などからもうかがい知ることができる。

本園に本児を預けることを決めるまでに、本児の母親と本児が 4 回施設見学を行っており、そのうちの 1 回は父親も一緒に見学をしている。最初に施設に入った時に、大きなサークルがあり、広々としているという印象を持ったという。見学の際に母親は、初めて保育施設に預けるということで不安が強く、疑問点を全て聞いたとのことであった。「初めは泣くのか。」という質問に対して、保育士から「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ということ。ずっと泣くことはないと思う。」と言われたとのことだった。また、「慣らし保育¹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のことである。さらに 4 月に入ってから見学した際に、園児が多く感じたので、「この人数を 2 人でみているのか。」と質問したところ、保育従事者から「そうだが、時差で出勤はしてくる。」と説明され、「時差で出勤してきて保育士が 3 人になるのだと思った。」とのことだった。以上は、保護者がどのように受け止めたかという観点から、事故後に母親から提出された本園とのやりとりを書いた母作成のメモに基づいた。最終的に本園を選択したのは、こうした保育士の説明を信じたということと、本園を運営している会社が、保育士等を派遣している会社だったこと、派遣業務だけでなく研修などもしていることが会社のホームページに掲載されていたので、一つの安心材料の決め手となったと説明している。

保護者は、見学の際に本園から「入園申込書」、「発育アンケート」、「保育園のご案内」等を受領し、4月1日に荷物を持って行った際に、「入園申込書（4月1日付け署名）」、「発育アンケート（3月22日作成日）」の他に、「保険証・母子健康手帳の写し」を本園に提出している。

事故検証部会に提供された「発育アンケート」の「園で注意して欲しいこと」欄には、「家でのお昼寝が15時から16時で、2時間ほどします。」「熱が37.5度以上であれば連絡してください。」との記載があり、かかりやすい病気として、「お尻が荒れやすい、カゼ」との記載もあるが、保育士が聞き取って手書きした部分はない。

本児の健康状態に特に問題はなく、保護者の説明では、午睡でうつぶせ寝をしたことはなく、泣けば抱っこをせがむので、泣きながら横になってそのまま眠ってしまうということはないとのことであった。このことについては、本園からは聴取されていないので、伝えてはいないとのことであった。

(2) 事故日（平成28年4月4日）…当日の大阪市の天気は雨後曇で

最高 21.6℃／最低 12.7℃（気象庁データ）

ア 登園までの経緯

事故当日の登園までの本児の行動について、母親の説明は次のとおりである。本児は7時頃から8時頃に起床し、その後朝食をとったとのことである。普段も8時頃までには起床し、起床後、30分程度経ってから朝食をとっていたとのことである。この日の朝食は、ロールパン2つ、バナナヨーグルト（バナナは輪切り1本）、牛乳又は麦茶という内容であった。最初の頃は、ヨーグルトのような酸っぱい物やバナナはあまり好きではなかったが、預ける時点では普通に何でも食べるようになっていた。

午前中は、ベビーカーで外出し、12時頃自宅に戻り、母親が昼食の準備を始めた。昼食の材料は、ペンネ（マカロニ）、チンゲンサイ1枚、シーチキン・コーン少々、桜えび、オリーブオイル、コンソメで、ペンネ（マカロニ）はゆで時間3分よりも長くゆでて、チンゲンサイ1枚は細かく切り、シーチキン・コーン少々、桜えびをオリーブオイルで炒めた。食材については、この日に初めて食べたものではなく、これまでも何度も食べたことのあるものであった。

12時15分頃から13時ごろまでの間に、本児は母親と一緒に昼食をとり、食後に排便をし、オムツを交換している。午前中にも3～4回排便しているが、排便回数や便の形状も普段通りであった。オムツを交換した後は、本児はリビングで遊んでいた。

イ 登園時の様子

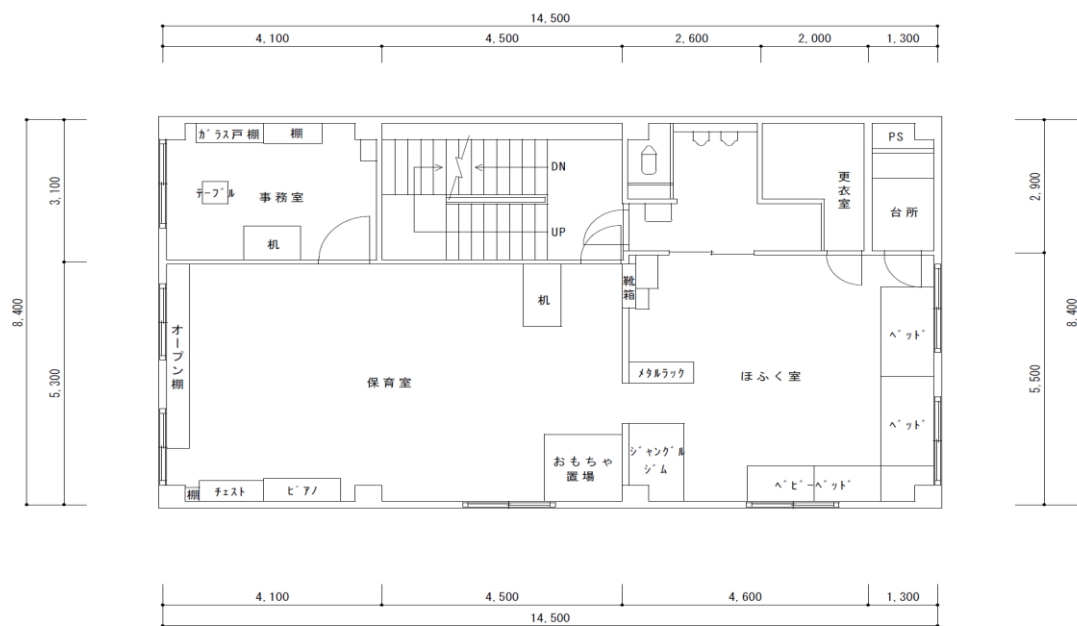
13 時 45 分頃、自宅を出て自転車に乗って、本園に向かった。14 時頃から 14 時 5 分頃に本園に到着し、その時、本児に特に変わった様子は見られなかったと母親は説明している。登園時間について保護者は 14 時過ぎ、本園は 14 時 5 分頃と認識しており、事故検証部会としては登園時間を「14 時頃から 14 時 5 分頃」と幅を持たせた。

本園のパンフレットによると、カリキュラム上の午睡時間は 13 時から 15 時となっており、記載内容どおり、本園に到着した時には他の園児は午睡中であった。本児が本園に到着した時は、保育士と保育従事者の 2 名で保育を行っていた。本園の説明によると、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 名だった。また、当時の保育室の使用状況は、本児を除いて 10 名が 2 室使用しており、カーペットを敷いた保育室では 1 名、畳のほふく室では 9 名の乳幼児が午睡をしていた。

(※児童福祉法では満 1 歳児から幼児であるが、集団保育施設で 3 歳未満児を「乳児」と慣例的に呼ぶこともあり、本件では 0、1、2 歳児を乳児と記載する)

ほふく室ではなく保育室に乳児 1 名を寝かせていたことについて、本園は「その乳児が午睡の途中で泣いたり、うつぶせになったりするため、保育士の近くで見れるように。」と説明している。

(たんぽぽの国 平面図)



本園に到着後、持ち物が不足していることなどの話をした後に、本児と別れて14時5分から10分の間に本園を出発したと、母親は説明している。その後、本児は下において、園の中を歩き回っていたと保育士は説明している。

保護者の説明によると、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が、いずれについても本児を預ける際に本園からは聴取されていないので、伝えていないとのことであった。

一方、保育士は「機嫌よく、園の中を歩き回り、いろいろ触っていた。」と認識しており、保育従事者は「気になる動きもなく、発達の早い子だという印象」と認識していた。

ウ 本児の寝かしつけ

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のことである。泣き出した時刻については、本園の事故報告書では14時15分頃とあるが、保育士は「母親と別れて10分くらいして、玄関の方で靴をさして泣き出した。」と説明し、保育従事者は「母親と別れて10～15分経過した頃」と説明しており、時間の認識にずれが若干ある。そのため事故検証部会では、泣き出した時刻としては「母親が園を出てから10分から15分経過した頃」とした。

保育士の説明及び本園の事故報告書によると、泣き出してから5分くらい経過した後、本児がうとうとしてきたとのことである。保育士が本児を抱っこした頃に、保育従事者はほふく室の方へ移動している。保育士は本児をほふく室には寝かせず、布団を持ってきて別の乳児の横に寝かせ、泣いたまま仰向けに寝かしつけたと説明している。本園の事故報告書では、泣き出したのが14時15分、布団に寝かせたのが14時20分と、その間隔は5分であり、泣き出した時刻に幅があるので、事故検証部会では、本児がうとうとしてきた時刻としては「泣き出して5分くらい経過した後」とした。

本児を別の乳児の横に寝かせた理由について、保育士は「経緯から本児も別の乳児と同様に保育士の近くが良いと思った。」と説明している。

本児を寝かせた時点での保育室の使用状況は、保育室とほふく室の2室が使われており、保育室では本児を含む2名、ほふく室では9名が午睡していた。

14時40分頃、本児が就寝した。保育士は、約20分後「やっと寝たわ。」と保育従事者に声をかけたと説明している。また、本児は最初仰向けに寝て、そのうち横向きになったりして動いていたが、その後は物音で起きることもなくよく寝ていたと説明している。保育士は、本児が就寝した後、お茶を飲むために保育従事者がいるほふく室に行き、その後保育室の机で作業をし、連絡帳に午睡時間や泣き出したことなどについて記入したと述べている。その時間に保育士がおやつ

の用意をしようとしていたと保育従事者は説明している。本園の事故報告書では、布団に寝かせたのが14時20分、寝たのが14時40分なので、その間隔は約20分ある。午睡チェック表は14時40分からチェックが始まっているが、これは事後に記憶に基づいてまとめて記載されたものであり、決定的な資料ではない。しかしながら、その時刻については保育士が確認したと述べていること、他に異なる事実を認定する資料も把握できていないことから、事故検証部会としては、本園の説明によることとした。

エ 午睡チェックの前提事実

(ア) 部屋の明るさ（照明等）

本園の状況として、まず、部屋の明るさ（照明等）について考察を行った。本園の保育室にカーテンはあるが、ほふく室にはカーテンはなく、窓に絵が貼られている状況である。事故当時のカーテンの開閉について、母親は4月4日（事故当日）の送迎時にはカーテンは閉まっていたと説明しており、保護者が揃って4月13日に本園に行き、当日の状況を再現するように依頼したところ、カーテンは閉まっていたと説明している。一方、保育士は大阪市の立入調査の時に注意を受けたので、寝付いたらカーテンを開けてくださいと言われていたと説明している。また保育従事者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しており、事実には争いがある。

部屋の明るさについても、保護者の印象では「動いているかどうかは分かるが、顔色はわからない。」となっているが、保育士は「昼の部屋（ほふく室）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。」と説明しており、明るさについても争いはある。

(イ) 寝具

次に午睡に使用する寝具であるが、本園で準備をしているものを、午睡の際に使用している。事故検証部会として現地視察を行った際に、本園で使用している寝具を確認したが、薄い煎餅布団のような印象であった。寝具の大きさを事後に確認したところ、敷布団が1190×680×20ミリメートル、掛布団が1100×800×25ミリメートルであった。

(ウ) 午睡時の服装

午睡時の服装については、パジャマなどには着替えていないと保育士は説明

している。4月4日に大阪市が特別立入調査を行った際に現認した事務室内の机上に置かれていた衣服と保護者の説明によると、当日の服装は白地に黒のストライプのTシャツ（綿の長袖）とグレーのスパッツであった。保育従事者の認識もこれに一致している。7月26日の第4回事故検証部会での保育士の認識は、「多分トレーナーと赤いシャツとズボン。」とのことであったが、記憶間違いと思われ、12月5日の第8回事故検証部会での記憶では、「トレーナーっぽい服とズボンだった。」という認識であった。本児の服は柔軟性がある柔らかいもので、締め付ける感じのようなものではなかったと保護者は説明している。

(エ) うつぶせ寝に対する考え方

本園での午睡中の状況について、保育従事者の説明によると、本園では、午睡中にうつぶせ寝になっていても、仰向けに戻さない場合があるとのことである。これは、経験則によるもので、仰向けにすると起きてしまう子、仰向けに戻してもすぐにうつぶせ寝になる子など、その子の状況を把握しているからと保育従事者は説明している。

また、父親によれば、事故後の平成28年4月13日、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ある。

(オ) 午睡チェック表の運用実態

本園での午睡チェック表の運用実態について、保育従事者は「午睡チェック表に関するマニュアルはなく、チェック表の記載方法は寝ていることの確認のみのチェックであり、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。」と説明している。一人ひとりのこどもの様子を見るのではなく、全員を見渡して確認しており、「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している。誰が責任を持って確認するかは明確な取り決めはなく、午睡中に起きたこどもの対応に手をとられた場合等には、まとめてチェックをつけることもあるとの説明であった。

なお、事故当日のチェック表においては、3歳児2名と2歳児1名が、チェック表に名前が記載されていなかった。その理由については、午睡チェック表が求められているのは2歳児までなので3歳児については記載していなかったことや、2歳児は事情があつて午睡開始までに登園がなかったので記載漏れが生じたとのことであった。

オ 本児の午睡の状況

「本児の寝かしつけ」に記載したように、14 時 40 分頃、本児が就寝し、最初
は仰向けに寝て、そのうち横向きになったりして動いていたが、その後は物音で
起きることもなくよく寝ていたと説明されている。

15 時までの間、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で見ているため、本児の 10 分おきのチェックは保育士
がしてくれているものと思っていたと説明している。

15 時前頃の本児の様子について、保育士の認識では「顔色、呼吸に変化はなく、
布団からも出ていない」との説明であった。本児は、机の横に置いたテーブルの
側で寝ているが、このテーブルを保育室の窓側（西側）におやつ準備のために
移動させている。

15 時頃、午睡時間が終了し、照明をつけ、保育従事者がほふく室（畳の部屋）
に寝ているこどもたちを起こし、トイレに誘導した。一方、保育士は本児の横で
寝ていたこどもを 15 時 5 分頃に起こしたとのことである。この時の本児の様子
については、「掛布団は肩から下くらいの状態」であったと認識している。

15 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
た。保育従事者は、こどもたちのそばでおやつを食べさせることに集中していて、
本児の確認には行けていないが、本児の様子は視界には入っていたと説明してい
る。

15 時 15 分頃、保育士によると本児の様子は、「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。」「掛布団の右側が腰の
辺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。」
と説明している。この時、保育士らは本児に対して、特に対応はしていなかった
とのことである。この時間については、保育士が「時計を見た。」と説明してお
り、本児の様子についても「15 分までは確実に見た。」「以降 25 分までの間、視
界には何回も入っている。」「距離的には 2～3 メートル離れたところをうろう
ろしていたので、咳き込んだとしても気づいたと思う。」と述べている。本園の
事故報告書では「左右の顔の動きあり」と記載されている。

15 時 20 分頃、本児は布団で寝ており、顔は北向きだったとのことである。こ
の時刻は、午睡チェック表を後にまとめて記載する際に、保育従事者が「よく寝
ている。」とひとり言のように言っていたことを聞いた保育士が、その時刻を確
認したところ、15 時 20 分頃であったとのやり取りを基礎としており、また、こ
の時刻についての保育士独自の確認の説明はなかった。15 時 20 分過ぎ頃、おや
つが終わり、椅子も片付けてこどもたちがサークルに入ったので、保育従事者は
トイレに行った。

カ 異変認知（うつぶせ寝・チアノーゼⅱ）

15 時 25 分頃、保育士が、本児が敷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いた。しかし、保育士は、その様子を見て、本児の状態がおかしいという認識はなく、頭半分ほどが敷布団から出て、うつぶせ寝だったので、布団に戻し、寝返りをさせようと本児を抱き上げたと説明している。保育士が、抱き上げた時、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ある。保育従事者は、保育士の叫び声を聞いてトイレから出たということで、その時、保育士が立て膝で座って、本児を抱っこしているのを見たとのことである。保育従事者の説明によると、本児の様子はぐったり、ふにゃつとしており、保育士の抱っこの刺激に反応はなく、保育従事者は本児にすぐに駆け寄って、寝ている子を起こすように足を揺すったとのこと。服の上からだったので本児の体温は不明で、本児の口元は紫色、顔は白く、呼吸は不明との説明である。

保育士によると、時間については、15 時 30 分に迎えに来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推測したとのことである。警察での事情聴取の時にも、どこまで気づけたか聞かれたが、「医者でもないの、顔色を見ても肩で息をしていたし、呼吸しているという形しか取れなかった。」と保育士は答えたと述べている。7 月 26 日の第 4 回事故検証部会では、保育士の認識としては、「抱き上げた時には多分だらんとしていたと思う。」とのことであったが、12 月 5 日の第 8 回事故検証部会では、「その記憶はない。」と述べており、記憶間違いと思われる。

キ 緊急対応Ⅰ

異変を認知して、チアノーゼが出ていることから保育士は酸欠だと思い、本児の顔や背中を叩いたとのことである。「顔を叩いてチアノーゼがひいたように思った。」とのことだが、その後の経過からすれば、そう信じたい願望で、客観的事実ではないと思われると事故検証部会では考えている。

その後、保育士が本児に対して人工呼吸を行ったと説明している。人工呼吸のやり方については、人工呼吸の際に、本児の口の中は見えず、鼻をつまみ、口と口をつけて行ったと説明している。最初、強く息を吹き込み、3、4 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い、人工呼吸を続けたと述べている。保育室から事務室に移動した後にも、同様の声が聞こえたとも述べている。耳を当てて心臓の音を聞こうとしたが、自分の音で聞こえず、脈を取ろうとしたができなかったと保育士は述べている。保育士の人工呼吸の経験は、幼稚園に勤務している時（平成 3 年から平成 10 年）に人工呼吸の研修を受けたことがあるというもので、受けた時期は特定できないが、公的

に1回、私的に1回受けたとの説明であった。保育士及び保育従事者によれば、保育室の机の横の布団付近で、本児の緊急対応をしている際、他の園児は同じ保育室内のサークルにいたと説明している。

15時30分頃、他のこどものお迎えの時間が近づいていたことから、本児を保育室から事務室に移動させた。その後の部屋の使用状況としては、保育室と事務室の2室を使用している状況で、保育室には10名のこども、事務室には本児1名がいた。

他の園児のお迎えのチャイムが鳴り、保育従事者が玄関でお迎えの対応をした。保育従事者は、45分過ぎ頃までに3人のこどものお迎えの対応をしていた。保育従事者がお迎えの対応で本児のそばを離れている間に、本児の口から吐しゃ物が出た。事務室に移動した後にも2回くらい嘔吐し、わかめのようなものと胃液のようなものが出た。また、保育士は大きな声で「何か戻したから。」と叫び、保育従事者がタオルを持ってきて、人工呼吸をしている私の腕の下にタオルを入れたと説明している。一方、保育従事者は、お迎えの対応をして戻る時に保育士からタオルを持って来るよう言われ、タオルを持って事務所に戻るまでの間に「何か吐いた。」と言われたと説明している。

ク 緊急対応Ⅱ

15時49分、保育従事者の「救急車を呼びましょう。」という声に反応して、保育士が119番通報をしている。通報時間は、救急活動記録に基づくものである。119番通報が遅れた理由について、保育士は「人工呼吸に専念していた。」と説明しており、保育従事者は「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。」と説明している。

15時53分、保育士の指示で保育従事者が、保育室から同一建物内にある運営会社に応援要請の電話をかけている。会社の電話は、3階、4階同時にかかる構造になっており、3階の事務フロアにいる職員が電話を受け、保育室に下りてきた。その際、施設長は4階におり、対応しておらず、電話の内容も確認していない。15時54分、会社から保育室に下りてきた職員が、保育室から4階の施設長に電話をかけ、AED^Ⅲの有無について確認した。「ない。」との回答であったため、すぐに電話を切っている。保育室から会社にかけた2回の電話の時間は、通話料金明細内訳に基づくもので、いずれも通話時間は17.5秒であった。

保育室からの電話を受けて、施設長が「これは何かある。」と思い、保育室に下りてきた。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たときにその様子は確認されている。施設長の説明では、その時の本児は、上半身裸でオムツだけの姿で、顔は青白く、意識はあまりないように思えたとの

ことであった。また、力が入っていないだらーんとした状態で、皮膚の色に黒っぽさはなく、白っぽい感じがしたと説明している。心臓マッサージの開始時間は、119 番通報以降のどのタイミングで始められたのかは不明である。また、午睡チェック表をまとめて記入した時間は、119 番通報後、救急隊到着前とのことだが、正確な時間は不明である。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ものではなく、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説明している。保育士は、「救急に通報した後、保育従事者にいつまで見たか確認し、チェックするように指示したと思う。」と説明しており、保育従事者は、「救急車を呼んでから、保育士の指示で、14 時 40 分から 15 時 20 分までの 10 分おきのチェック欄全てにチェックした。」と説明している。まとめて記載したことについて、「救急隊に質問されるかもしれないと思ったから。」と保育士は説明している。

ケ 救急隊到着後の経緯

救急隊到着後の経緯については、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ある。

15 時 58 分、本園に救急隊が到着した際に、本児は、床上に仰臥位（上を向いて寝た状態）で、保育士が胸骨圧迫^{iv}を行っている最中だった。救急活動記録の現場到着時所見によると、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。救急隊には保育士が事情を説明している。

15 時 59 分、C P A^v（Cardiopulmonary Arrest 心肺停止）を確認。救急隊による胸骨圧迫が開始された。

16 時、B V M^{vi}（Bag Valve Mask）換気（インハレータ^{vii}）良好、同期 C P R^{viii}（Cardiopulmonary Resuscitation 心肺蘇生法）開始。

16 時 2 分、パッドを本児に装着し、リズムチェック（心停止）、同期 C P R を継続する一方、救急隊の指示により、保育士が勤務先にいる母親に連絡を行っている。母親に連絡した時間は、通話料金明細内訳に基づくものである。

16 時 4 分、16 時 6 分リズムチェック（心停止）を確認し、16 時 7 分、本児の搬出を開始し、16 時 9 分本児の搬送を開始した。救急車には保育士が同乗し、施設長も別の車両で搬送先病院に向かったと本園は説明している。

母親によると、園からの連絡を受けて駅に向かう途中で電話があり、本児の搬送先である淀川キリスト教病院に直接向かうように指示があったと説明している。母親は、電車に乗るまでに、本児の父親と伯母に連絡を入れたと説明している。

16 時 16 分、本児が病院に到着している。カルテの記載によると、C P A 確認、

C P R 継続。

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。

3 死亡原因の推察

事故検証部会は、教育・保育関係者 2 名、医師（小児科）1 名、弁護士 1 名、管理栄養士の 5 名の委員で構成されている（詳しくは、38 ページの参考資料 1 を参照）。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となるが、事故検証部会委員の医師 1 名だけでは、偏った判断となる可能性も否定できないことから、事故検証部会として死因の判定等について複数の有識者の考えを聴取することとした。

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及び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（50 ページの参考資料 6 を参照）をご覧いただいた上で聴取した。

(1) 中間医師

事故検証部会は、本件の司法解剖を担当した中間医師に、保護者から事故検証部会に提供された死体検案書に記載されている死因や S I D S^{ix}や他の疾患等との鑑別についてお考えをお聞きした。

ア 解剖所見と死因

解剖で以下の所見を得た。

- 気管・気管支内に食物残渣の粘稠液が多量に充満
要因として可能性のある腸管の閉塞はなかった。
- 肺表面に溢血点^x多数
気道閉塞^{xi}や胸部圧迫などに伴う窒息でよく見られるが、溢血斑という出血に近い状態が肺の表面と胸腺に強く認められた。
- 心臓内の暗赤色流動性の血液、諸臓器鬱血
これは急死に伴う所見である。
- 脳浮腫状
低酸素血症^{xii}による恐らく二次性の脳障害であるが、その原因として脳腫瘍や出血などはなかった。

以上から総合的に判断して、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る。

イ 附随する状況

○ SIDS

外因の影響が完全に除外された形で診断されるものであるが、本事例においては窒息を強く疑う所見が認められた。

○ いつの時点で、窒息が生じたか

人工呼吸をする前からもうチアノーゼが出ているというお話しなので、恐らくその前には多少は一種の窒息みたいな状態にはあった可能性がある。

○ 吐いているところに人工呼吸をして、物理的に気道系に食物残渣が押し込まれていった可能性

可能性はあるが、ただ、それだけでそこまで量が一気に行くことは量としては多すぎる感じはする。一定嘔吐して気道狭窄そして低酸素状態の時期があったのではないか。

○ 気管にたまっていた量

こどもの気管は細い(参考：1歳程度で、内径は約5mm)ので、ちょっと吐いただけでも、少し喉の奥ぐらいに詰まっていただけでもそれで窒息にはなり得る。

○ 胃内容物の消化

胃の内容物の量が100ミリリットルとこどもにとっては見た目からでも、もう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、内容物もまだ消化がほとんどされておらず、食べてすぐという印象だった。恐らく、その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る。起こったのが15時だと仮定すると、食べてすぐという程、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る。満杯な状態なので、そこまで食べたら消化不良は起こってくる。その後、交感神経^{xiii}などが優位に働いたら消化機能は落ちてくる。初めての保育施設ということで泣いており、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。

(2) 新田医師

小児蘇生学の専門で、小児救急・集中医療の現場経験が豊富な新田医師には、本件の司法解剖を担当した中間医師のご意見について、事故検証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。

ア 本事例の印象

母子健康手帳などの記録を拝見すると、こどもさんに対して愛情をたくさん注

がれ、大切に育てられていたと思う。小児科医の眼からみても、成長発達は順調で、よく育っているお子さんであるとの印象を持つ。

小児科的に1歳までに亡くなるケースは他の年齢層に比べ頻度は高く、1歳を過ぎるというのは、人の成長過程としてある意味では一つのハードルを越えているような年齢である。1歳2カ月の方が突然亡くなるのは、1歳未満に比べ少ない。

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、急変し亡くなるというケースが多いとされる。今回、初めて預けられたその当日に事態が起こっているため、イベントとしては全体的には稀な出来事だが、非常に起こりやすい時期にあったことは間違いない。それが医学的に交感神経、副交感神経など、自律神経系の原因をはじめ、他の種々な原因で発生すると考えられているが、メカニズムはまだ解明できていない。

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、以上の2点が、検証する上での大きなポイントであると考ええる。

それまで元気だった人が、突然、心臓が止まったことを認識することは難しいとされる。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る。この呼吸は、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。本事例での「ウーッ」という声が聞こえたのも、死戦期呼吸だったかもしれない。急変時の認識と一次救命処置が速やかに実施されたかという、資料を拝見した限り十分であったとは思えない。

以上より、本件は、頻度としては非常に稀な出来事であり、原因を特定できる可能性には限界がある。原因に関して議論するよりも、急変したときにどう対応したのか、その準備がどうであったのかということを議論することが、再発予防や急変時の対応の改善につながると思う。

イ 原因

司法解剖が行われ、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る。しかし、窒息の所見が事例の全てを物語るかどうかは限界があり、医学的には他の可能性もあるのではないかと個人的には思う。

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わからない。例えば、心停止を起こすと胃の内容物が逆流する現象が認められ、さらに蘇生処置により胃の内容物が逆流し、気管内に流入することもある。よって、発症後、長時間の蘇生行為がなされ、最終的には司法解剖の結果に至ることもあり得る。例えば意識がある際には、水を飲んで気管に入ると「むせる」という防御反射をするが、心停止を起こしていると防御反射

ができなくなってしまう。また、蘇生処置では、胸骨を圧迫し人工呼吸を行うので、胃内が食物や空気で膨満していると、胃の内容物が逆流し誤嚥する。昼食後のイベントであり、長時間の蘇生後の変化をみている可能性が全くないとはいえない。心停止に至るイベントが発生した際、どういう病態で起こったかというのは、神様にしか分らないと思う。

SIDSは、欧米では1歳未満に起こるものとされている。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が、SIDSではそのメカニズム自体が脆弱な場合に発症するとされる。呼吸が弱くなり、低酸素や高二酸化炭素血症^{xiv}に至ると、呼吸中枢のコントロールが十分に機能せず、眠るように亡くなると考えられている。今回の場合、すく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。例えば苦しがったり、声は出せなくても、何らかの体動があるものと思う。それを観察できないところに保育士がいたら分からないだろうが、嘔吐により心停止を発生するほどの窒息があれば、イベントが起きた後に、何らかの変化が観察されたと思う。もし、観察できるところにいて、嘔吐したことに気づかなかったのなら、その時点で「嘔吐」が起こっていなかったのかもしれない。この年齢のこどもが、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う。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があるのではないかと考える。

その他の主たる原因としては、けいれんや不整脈^{xv}等が考えられる。例えば、けいれん（ひきつけ）を起こして、その後、嘔吐することはあり得る。意識が悪くなり、喉に詰めて低酸素となり、低酸素状態や高二酸化炭素血症がそれなりの時間持続し心停止に至ることはある。また、けいれんしている時間が長ければ、心停止に陥るというケースも数は少ないが報告されている。また、不整脈が生じた際は、傍からみてもけいれんの様にはわからないこともあるが、急に脈が乱れて、心臓から血液がうまく全身に循環しなくなり、苦しくなって、嘔吐し、窒息、心停止に至った可能性もあるし、不整脈により心停止になるケースもある。原因に関して、突き止めることは限界があり、法医学の結果が本件の事実を全て物語ることが可能かということ、私は難しいと思う。

第2 「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

～本件類似事故の根絶のために～

保育施設における死亡事故は、過去幾多の事故報告がありながら、未だ根絶ができない。大阪市及び保育関係者は、まずはこのことを、厳粛に受けとめる必要がある。数時間前まで、いつもの愛しい姿を見せてくれていたわが子が、保育施設に預けたのを最後に帰らぬ人となってしまった。そのような事態は、本来あってはならないことである。亡くなった児童は1歳2か月であった。大切に育ててこられた保護者の心中は、察するに余りある。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止め、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ある。まずこの点を確認し共有したい。

その上で、死亡リスクは『保育の質（保育水準）』と関係しており、リスクが顕在化した場合には取り返しがつかないことに留意する必要がある。それ故、その対策は最優先事項であるべきだし、法的義務にとらわれずリスク軽減のためのより良い対策を講じることが望まれる。

以下の提言は、かかる観点から「本件保育事故」における課題を考察し、再発防止策を提言するものである。予防的観点からの「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の「一次救命処置の対応力の構築」が3本柱であり、「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である。

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（保育水準）』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。

1 提言

(1) （一次救命処置の対応力の構築）

保育施設が、一次救命処置の対応力を備えるための施策を講じられたい。具体的には、以下の施策を検討されたい。

- ① 事故対応マニュアルの整備
- ② 実技講習を含む実践的な研修
- ③ AEDの設置推奨

(2) (実効性ある睡眠時観察)

保育施設が、実効性ある睡眠時観察を行うための施策を講じられたい。具体的には、以下の施策を検討されたい。

- ① 0歳児及び1歳児のうつぶせ寝禁止の再周知
- ② 記録様式の改訂
- ③ 観察補助手段

(3) (入園初期リスクの軽減)

入園初期リスクを軽減するための施策を講じられたい。具体的には、以下の施策を検討されたい。

- ① 入園初期の事故発生の危険性の周知及び「慣らし保育」の啓発
- ② 入園初期の情報を効果的に収集する仕組みづくり

(4) (保護者への情報提供)

保護者がその希望に沿った保育所を選択できるよう、「本件保育事故」の教訓も含む有益情報が、必要なときに簡易に入手できるための施策を講じられたい。具体的には、以下の施策を検討されたい。

- ① 認可外保育施設と認可保育施設の区分の明確化
- ② 「本件保育事故」の教訓も含む啓発情報の充実
- ③ 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

(5) (大阪市の指導監査体制の更なる充実)

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「本件保育事故」からの教訓などについて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うる体制を整備されたい。具体的には、以下の施策を検討されたい。

- ① 巡回指導員の増員及び立入調査等の実施
- ② 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

(6) (補足：事故検証のための基礎資料)

国に対して、事故検証に必要な情報は常に入手できる仕組みづくりを申し入れられたい。

2 提言 1（一次救命処置の対応力の構築）の提言理由と内容

(1) 一次救命処置の重要性

人間の脳は、心臓が止まってから約 15 秒で意識が消失し、3～5 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る。2 分以内に心肺蘇生が開始された場合の救命率は 80%だが、5 分では 50%程度と、時間経過に比例して低くなる（「米国心臓協会：心肺蘇生法ガイドライン 2000」より引用）。このため、救急隊到着までの一次救命処置（心肺蘇生）は極めて重要である。

心肺蘇生の流れは、概ね以下のとおりである。

①（意識確認）

例えば肩を軽くたたきながら大声で呼びかけるなどして意識の有無を確認する。

②（119番・AEDの準備）

意識が確認できなければ、周囲の者に119番通報を依頼し、自動体外式除細動器（以下「AED」という。）があるならその準備を依頼する。

③（呼吸確認・胸骨圧迫）

呼吸なし、または死戦期呼吸^{xvi}の場合、直ちに胸骨圧迫を開始する。小児（0歳～およそ6歳まで）の場合は片腕で圧迫、乳児の場合は二本指（中指と薬指）で圧迫する。小児の場合、胸の厚さの約1／3までとする。

小児の心停止では、人工呼吸を組み合わせることが望ましい。人工呼吸ができなければ、絶え間ない胸骨圧迫だけでも良く（100～120回/分）、また、「強く早く」を維持するために周囲の者との交代も必要とされている。

④（AED）

AEDがある場合には、AEDが到着次第、音声ガイダンスに従って使用する。

⑤（窒息に対する気道異物除去）

意識のある1歳以上の小児の気道異物による窒息では、応援と救急通報依頼を行った後に、背部叩打、腹部突き上げなどが有効かもしれない。ただし、意識がなければただちに心肺蘇生を実施すべきである。（「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）

(2) 「本件保育事故」における課題

ア 一次救命処置の対応力が欠如

本件において保育士は、意識確認(①)はしたものの、直ちに119番通報(②)をせず、実際に119番通報をしたのは事故認知から約20分後であった。119番通報をするまでの間、心肺蘇生のうち人工呼吸は実施したようだが、胸骨圧迫(③)が未実施であった。AED(④)は未設置ゆえに使用しなかった。

心肺蘇生のおおよその流れとの対比からも明らかなように、本園においては、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。しかも、同様の状況の園は、少なからず存在しているのではないかと危惧される。このような状況では、救える命であっても救命の機会を逃してしまうことになる。

イ 事故対応マニュアルの未整備等

本園では、事故対応マニュアルが整備されていなかった。職員配置に余裕がなく、職員に十分な研修を受けさせる余裕もなかったとのことであった。また、施設長は日常的な園の運営を保育士に任せており、事故当日に事故を認知してからも、施設長として積極的に対応を指示した形跡はない。保育士等が施設長に連絡したのも119番通報の後であった。

このような状況では、「こどもの安全」について、組織として責任をもつ体制を構築できない。

(3) 一次救命処置の対応力を備えるための施策

以上からすれば、保育施設が、一次救命処置の対応力を備えるための施策を講じることは必須と考える。

そのための具体的施策の提言理由は、以下のとおりである。

ア 事故対応マニュアルの整備

認可保育施設においては、国の「特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の運営に関する基準」により、事故が発生した場合の対応等が記載された事故発生防止のための指針を整備することとされているが、本園のような認可外保育施設には、国の「認可外指導監督基準」により、保護者との緊急時の連絡体制をとることとされているのみである。

しかし、こどもの命に関わることであり、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る。これについては、国の立法・関連予算措置を期待する。

「本件保育事故」は、認可保育施設ではなく認可外保育施設で発生した事故ではあるが、事故から導き出される教訓は、充足の程度の差はともかく、認可・

認可外を問わず共通するはずである。

大阪市は、これを機に、「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、認可・認可外保育施設に広く周知されたい。そして、各施設が「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」を更新ないし作成し、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。

手引きの中では、「本件保育事故」から導き出された教訓として、①一次救命処置の重要性、②心肺蘇生の方法、③事故発生直後から段階ごとにすべきことやその流れ、④直ちに活用できることを意識した室内掲示用の文書例等に触れられたい。また、施設長は入所することの健康及び安全に対し最終的な責任を有することから、⑤施設長が事故発生時に果たすべき役割を明確に示し、日頃からの自覚を促されたい。

イ 実技講習を含む実践的な研修

保育事故を防止するためには、事故防止に必要な知識とともに、心肺蘇生法の実技講習などの実践的な研修を通じて、事故発生時の対処方法を身につけることが必要である。

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、団体受講については、施設まで出向いて研修を実施している。講習修了者には修了証が交付される。

大阪市消防局等の協力も仰ぎつつ、こどもの健康と安全を重視した研修カリキュラムを構築し、各施設からの積極的な参加を促されたい。殊に、認可外保育施設については、比較的小規模な施設が多いことから、大阪市が普通救命講習を主催し、参加を促すことが求められる。

また、保育施設内に修了証の掲示を推奨し、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。

なお、認可保育施設については、公定価格に研修受講のための代替要員等に係る経費が含まれていることを再周知されたい。認可外保育施設については、その適用はないが、大阪市は幼児教育無償化として、平成 28 年度から認可保育所、幼稚園、認定こども園等に通う 5 歳児を対象に保育料のうち教育費相当額を無償としており、平成 29 年度より対象年齢を 4 歳に拡大するとともに、一定の教育の質が認められる認可外保育施設に同年齢のこどもを通わせる保護者にも拡大していくとのことである。幼児教育無償化の対象となる認可外保育施設に対しては、こどもの安全性を高めるため、普通救命講習の受講を義務付けるように検討されたい。

また、国に対し、認可保育施設については児童福祉施設の設備及び運営の基

準に、認可外保育施設については「認可外指導監督基準」に、保育施設における普通救命講習の受講の義務付けを盛り込むように申し入れされたい。

ウ AEDの設置推奨

(ア) 国に対して

平成 16 年 7 月に非医療従事者による AED の使用が認可されて以来、駅や空港、学校、官公庁などの公共施設への設置が進んだ。厚生労働省は、平成 25 年 9 月、さらなる普及拡大に当たり、効果的かつ効率的な設置に向けた指針として「AED の適正配置に関するガイドライン」（以下「AED ガイドライン」という。）を公表し、普及拡大を推進している。

保育施設は、「AED ガイドライン」で示された AED の設置が推奨される施設の具体例としては挙げられていないが、類似の事故発生例は、「教育・保育施設等における事故報告集計（内閣府）」によれば、保育施設全体としては毎年一定数の報告があり、保育施設に預けたのを最後に帰らぬ人となってしまったという事態は、本来あってはならないことであるという意識を共有するならば、保育施設を、AED の設置が推奨される施設の 1 つとして位置づけていただきたい。国の施策・関連予算措置を期待する。

(イ) 大阪市に対して

大阪市としても、「本件保育事故」と類似の死亡事故を発生させないという観点から、AED 設置に向けた施策を考慮されたい。

「AED ガイドライン」でも示されている「管轄区域の AED 設置情報の把握と適正配置、地域の AED 情報の AED マップへの登録と住民への情報提供」に加え、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促されたい。

なお、延長保育事業や一時預かり事業（一般型）の実施など、一定の条件を満たす認可保育施設において AED を設置する場合、給付費に施設機能強化推進費加算として加算（その他の備品等を含めて上限 15 万円）されていることを再周知されたい。

3 提言 2（実効性ある睡眠時観察）の提言理由と内容

(1) 睡眠時観察の重要性

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 件と公表されているが、うち、睡眠中については 10 件と最多となっている。

国から平成 28 年 3 月に「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」（以下「事故対応ガイドライン」という。）が示され、睡眠中の窒息リスクの除去の方法として、「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。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。」、「子どもの数、職員の数に合わせ、定期的に子どもの呼吸・体位、睡眠状態等を点検すること等により、呼吸停止等の異常が発生した場合の早期発見、重大事故の予防のための工夫をする。」とされている。

大阪市では、認可保育施設に対しては、「2015 年改訂版 子どもの保健（平成 27 年度 大阪市こども青少年局保育施策部）」により、SIDS の予防対策として、こどもの睡眠時の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、1～2 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、参考として、睡眠時観察記録表の様式を提示している。また、認可外保育施設に対しては、「大阪市 認可外保育施設 開設・運営の手引き（大阪市こども青少年局保育企画課 平成 26 年度）」により、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、乳児を寝かせる場合には仰向けに寝かせること、1 歳未満児には 5 分おき、1 歳児以上は 10 分おきに確認すること等を指導し、参考として睡眠時チェック表の様式（51 ページの参考資料 7 を参照）を配付している。

(2) 「本件保育事故」における課題

ア 睡眠時観察が不十分

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。

大阪市が配付した「睡眠時チェック表」を利用していたが、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や呼吸等を確認していたとは認められず、概ね全員を見渡して、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。本児についても、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のことであった。大阪市による平成 27 年 8 月の立入調査時に「睡眠時チェック表」に確認者がわかるような記録をするように助言していたが、その後も、本児の観察を担当する職員が決まっていたわけではなく、確認者の記録もなされていなかった。本児に係る「睡眠時チェック表」は、その都度記録されたのではなく、事後に記憶に基づきまとめ

て記載されていた。

本園においては、睡眠時観察は、十分ではなかったと言わざるを得ない。しかも、同様の状況の園は、少なからず存在しているのではないかと危惧される。

イ 記録様式が不十分

もっとも、大阪市が配付した「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。

実践的な観点からは、その様式記載事項を確認すれば、最低限の確認ができていうレベルの様式化が必要である。

(3) 実効性ある睡眠時観察を行うための施策

以上からすれば、保育施設が、実効性ある睡眠時観察を行うための施策を講じることは必須と思料する。

そのための具体的施策の提言理由は、以下のとおりである。

ア 0歳児及び1歳児のうつぶせ寝禁止の再周知

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する。

こどもが寝てくれていれば、その間、保育士は別の業務ができるという関係性があることから、うつぶせ寝とはいえ、せっかく寝てくれているのに、目覚めるリスクのある仰向けにするという行動をとることに一定の躊躇が生じるのではないかと危惧する。しかし、事は死亡リスクとの関係での問題である。「事故対応ガイドライン」で示されているように、「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、仰向けにする。」とシンプルに捉えるべきである。

また、0、1歳児に睡眠時の死亡事故が多いことを考慮し、0歳児に加え、1歳児については寝返りができるとしても、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。2歳児以上についても、初日などの入園初期における睡眠時には、きめ細かく児童の観察を行うことが重要である。

大阪市はこれらを再周知し、指導を強化されたい。

イ 記録様式の改訂

0歳児は5分ごと、1歳児以上は10分ごとに睡眠時観察をする。具体的には、

顔色や呼吸を確認する。これが乳幼児ごとに具体的に確認されることが必要である。

前述の「一次救命処置の重要性」で、時間の経過により救命率が著しく低下していくことに触れたが、この睡眠時観察の時間的間隔は、一次救命処置の救命率とリンクしている。大阪市は、睡眠時観察の必要性について、このことを明示して周知されたい。

そして、本件事故が発生したことを真摯に受け止め、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。その際、例えば初日用、1か月用など、リスクの大きさとの関係で色分けするなど、注意喚起を視覚的に分かりやすくする工夫も、あわせて検討されたい。たたき台として参考例（53 ページの参考資料 8 を参照）を提示するので、睡眠時観察の具体的実践に資するよう、様式記載事項を確認すれば、最低限の確認ができているというレベルに高められたい。

なお、各保育施設では、施設種別によって職員配置基準が定められているが、多くの保育士及び保育従事者はこどもの健全な心身の発達を図るため、日々、繁忙な状況にある。したがって、睡眠中の観察の強化により、保育士及び保育従事者の負担が不必要に過度になりすぎないように配慮は必要である。

ウ 観察補助手段

(ア) 監視カメラ

「事故対応ガイドライン」では、地方公共団体は、施設・事業者に対して、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、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するとされている。監視カメラの設置については、認可保育園等への移行を目指す認可外保育施設に対し、国の平成 28 年度補正予算から国庫補助対象となっている。

この施策は直接的には事後検証を目的としてはいるが、日々記録されているということの反射的効果として具体的観察の意識化の効果が期待できる。大阪市においても補助制度の創設が望まれる。

(イ) 睡眠時観察の補助機器

各施設の判断により、医療機関で使用されている無呼吸モニターを死亡事故発生のリスクが高いとされる 3 歳未満児の入所初期（例えば、初日から 1 週間以内）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考える。

なお、保育所というさまざまな原因による事故の危険性がある環境では、一人ひとりのこどもたちに対する保育士及び保育従事者のきめ細やかな観察が最も重要であることは論をまたない。機械に頼ってしまい、その最も重要な点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あり、活用に際しては留意が必要である。

4 提言3（入園初期リスクの軽減）の提言理由と内容

(1) 入園初期の事故発生の危険性

預かり初期における乳幼児のストレスは、保育に特有なものであり、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、配慮が必要である。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。乳幼児が知らない間に疲労がたまり、SIDS発症リスクが高まるとの警告も散見されるところである。

参考意見陳述において、本児の司法解剖を行った検案医によると、本児の胃は食事直後のような満腹状態で、内容物もほぼ消化されていなかった。本児が眠る直前まで泣いていたことからすれば、初めて預けられた強い緊張状態のため、交感神経が優位に働き消化機能が働かなかったと推察される。「乳幼児の予期せぬ突然死」（Sudden Unexpected Infant Death: SUID[※]）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。

保育所保育指針では、「子どもの入所時の保育に当たっては、できるだけ個別に対応し、子どもが安定感を得て、次第に保育所の生活になじんでいくようにする。」と記載されている。

そのためにも、①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、こどもの情報を共有することは欠かせない。②また、かかるリスクの軽減のため、それぞれのこどもの体調、状態にあわせて、入園初期に保育時間の短縮を伴う「慣らし保育」を行っている園も多い。

(2) 「本件保育事故」における課題

ア 入園初期の事故発生の危険性について理解が不十分

本園関係者へのヒアリングでは、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たとの発言はあったが、そのリスク軽減のために必要な行動には結びついていなかった。

入園初期における事故発生のリスク軽減のための対策が不十分であったと言わざるを得ない。

なお、前述のとおり、保護者によると、慣らし保育について本園に相談したところ、本園からは月・火の週2日の利用予定であれば、慣らし保育を行っても次までに1週間程度空くことから、泣いたら保育士に抱っこしてもらって慣れる方がよいとのやり取りがあったとのことではあるが、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」が有用な方策の一つとなりうることについての説明はなかったようである。

イ 入園までの事前情報の共有が不十分

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（発育歴、家庭での生活等）の提出を求めており、その情報の共有はあったようである。しかし、入園初日に確認すべき本児の当日の様子や体温、朝からの食事内容については、連絡帳を入園前に渡していなかったために連絡帳からは確認できない状況にあり、しかも、登園時に保護者から聴取することもしていなかったため、本件では必要な基礎情報を把握せずに初日の保育に入っていたことになる。

前述のとおり、本園は入園初日に保育事故の発生の危険性が高いことを認識していたものの、そのリスク軽減のために必要な情報を入手するという行動には結びついておらず、マニュアルも整備されていなかった。

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。

(3) 入園初期リスクを軽減するための施策

以上からすれば、入所初期リスクを軽減するための施策を講じることは必須と思料する。

そのための具体的施策の提言理由は、以下のとおりである。

ア 入園初期の事故発生の危険性についての周知及び「慣らし保育」の啓発

(ア) 入園初期の事故発生の危険性についての周知

入園初期における事故発生の危険性が高いことは、事故報告の傾向からも、保育の経験的にも、知識としては知らない者は少ないと思われる。しかし、その危険性には取り返しのつかない死亡リスクも含まれており、その回避のために具体的に行動しなければならないというレベルまでの危険性の認識としては不十分な現状があるのではないかと危惧する。

国から明確にその旨を示されてはいないが、「本件保育事故」が発生したのを機に、大阪市は、例えば入所時期との関係での「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、分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。

(イ) 「慣らし保育」の啓発

入園初日に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、その方が望ましい。「慣らし保育」は、その意味で、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がある。

施設としては「慣らし保育」のこのような意味を説明できることが望まれるし、少なくとも、保護者が関心を持っているような場合には、施設としては「慣らし保育」を実施する方向で話をするのが望ましい。保護者が「慣らし保育」を希望していたにも関わらず、施設側の説明で「慣らし保育」を実施する機会が失われたという結果にならないように注意することが望ましい。

もっとも、「慣らし保育」については、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聞く。この点は、働き始めた当初から短時間労働を希望することはそう簡単ではないという現実問題等との関係で、保護者が苦悩する社会的事情があると思われる。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。

イ 入園初期の情報を効果的に収集する仕組みづくり

大阪市は、認可外保育施設に対して、入園初日におけるこどもの情報収集の参考として児童原簿や健康報告書の様式を配付していたが、具体的な活用の利便性や、そのためには必要最小限の量が望ましいという観点からの検討は、必ずしも十分ではなかったのではないかとと思われる。

この点では、大阪市立保育所のチェックリストが参考になると思われるので（本報告書 56 ページに参考資料9として添付する。）、それを題材に、参考となるチェックリストを作成し、連絡帳と合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れたい。

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。

5 提言4（保護者への情報提供）の提言理由と内容

(1) 保護者へ情報提供の重要性

保護者への情報提供、殊に、「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ことは多言を要しない。待機児童問題の解消、すなわち認可保育所の整備が前提となるが、それによって保護者は、その希望に沿った保育所をより適切に選択できるようになり、このことは、措置から選択へという立法の大きな流れに沿うことでもある。

この反射的効果として、施設の意識も高まることが期待できる。

(2) 「本件保育事故」における課題

ア 認可外保育施設と認可保育施設の区分が曖昧

認可保育施設は認可に見合う一定の設備や運営基準を遵守することが法律上求められている。これに対して、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であり、ベビーホテルや事業所内保育施設、いわゆるインターナショナルスクールなど、運営内容は施設ごとに特徴がある。認可保育施設の基準は適用されず、大阪市が各保育施設へ行政指導する基準についても、両者では職員配置基準や保育に従事する者の資格要件など、多くの違いがある。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」を満たす施設には、「認可外証明書」を交付することにはなっているところ、そのことは、認可保育施設が満たすことが求められている基準を満たしていることを当然には意味しない（認可保育所が満たすことが求められている基準は別に存在する）が、それが一般の保護者には分かりにくい。認可外保育施設の名称にしても、認可の有無が明らかになるように義務づけられているわけではなく、認可保育施設において認定こども園など多様な形態が併存する制度改正があったことともあいまって、一般の保護者からは益々区別が付きにくい状況になっている。

本件においても、保護者から、認可外保育施設でも認可保育施設と同じ水準の保育を受けられると考えていたとの意見陳述があった。

イ 「本件保育事故」の教訓も含む啓発情報が不足

認可外保育施設などの利用希望者の参考に資するため、平成 12 年 12 月 25 日付け厚生労働省児童家庭局保育課長通知により「よい保育施設の選び方 十か条」が示された。この十か条は、現在においても、こどもの最善の利益をめざした施設選択における重要な留意点を示唆しているが、必ずしも十分な周知がなさ

れているとはいえないのではないかと危惧される。

本件の保護者は、「よい保育施設の選び方 十か条」で示されているように、実際に幾度か施設見学をして質問もしている。しかし、例えば睡眠時チェックのあるべき姿の啓発情報が事前にはない状況では、確認すべき視点が普通は分からないので、不十分さに気づくのは極めて困難である。逆に、もし事前に睡眠時チェックのあるべき姿の啓発情報があつたならば、午睡時に訪問した施設見学の際や、質問の際に不十分さに気づくことができた可能性がある。その意味で、「本件保育事故」の教訓も含む啓発情報は、保護者の保育所選択には極めて重要であるが、現状は、それらの啓発情報は、保護者が容易に手に入る形では整備されていない。

ウ 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

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、多様な情報が掲載されているものの、一覧性に乏しく、保護者が求める情報や相談先をみつけることが困難な印象を持つ。

なお、市民の身近な相談窓口である各区役所等には担当職員に加え、利用者支援専門員が配置され、保護者の事情に合った教育・保育施設や地域の子育て支援事業等が利用できるように相談事業や情報提供を行っているが、特に認可外保育施設については、これまで公費負担を行っていなかった経緯もあり、区役所において十分な情報が提供される体制になっているのか必ずしも定かではない。

(3) 「本件保育事故」の教訓も含む有益情報を必要なときに簡易に入手できるための施策

以上からすれば、「本件保育事故」の教訓も含む有益情報を必要なときに簡易に入手できるための施策を講じることは重要であり、その必要性は高い。そのための具体的施策の提言理由は、以下のとおりである。

ア 認可外保育施設と認可保育施設の区分の明確化

両者は制度的に異なるものである以上、同じものであるとの誤解が生じることは好ましくない。認可外保育施設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。

イ 「本件保育事故」の教訓も含む啓発情報の充実

平成 17 年 1 月 21 日付け厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「認可外保育施設指導監督基準を満たす旨の証明書の交付について」において、認可外保育施設につき「認可外証明書」を交付した事実についての公表が求められている。大阪市では、ホームページに掲示することでその点の公表を行っており、加えて、立入調査結果についても公表している。

もっとも、それとは別に、「本件保育事故」の教訓も含む一般的な啓発情報が、分かりやすい形で情報提供され、それが充実していくことが望ましいことは多言を要しない。例えば、保育所選択の際の留意点としては、「よい保育施設の選び方 十か条」が存在しているが、本件事故の教訓的には、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のか聞いてみよう。」、「普通救命講習の受講済み証明証の掲示の有無を確認しよう。」といった項目を追加したり、前提情報として「あるべき睡眠時チェックの方法」や「入園初期のリスク」などの情報も保護者に分かりやすい形で整理し、適宜、保護者に提供する啓発情報を充実されたい。

ウ 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

保護者は保育施設についてインターネットで情報収集を始めることが多くなっていることから、大阪市のホームページの構成・内容を再構築すべきと考える。全体像がわかるように目次を設け、認可保育施設と認可外保育施設の違いをわかりやすく整理して説明することはもとより、保護者の求める情報にたどりつきやすくなるよう、体系的な工夫が必要である。

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欲しい情報であることから、各区役所の母子保健担当と連携して母子健康手帳の交付や乳幼児健康診査の実施等と同時に情報提供することは有益と思われる。検討に際しては、このように他の施策とも関連させ、こどもの成長に合わせた継続的な取組みとなることも意識されたい。

なお、各区役所等の利用者支援専門員等による情報提供について、特に認可外保育施設に関して十分な情報が提供される体制になっているかどうか、保護者支援の観点から再点検をされたい。

6 提言 5（大阪市の指導監査体制の更なる充実）の提言理由と内容

(1) 指導監査体制の更なる充実の重要性

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「本件保育事故」から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ようる体制を整備することが、極めて有用であり、重要であることは多言を要しない。

(2) 「本件保育事故」における課題

ア 現状の指導監査体制が不十分

大阪市は、所管する保育施設に対し、認可、認可外を問わず、児童福祉法により、必要な情報の提供を行うとともに、必要な調査及び指導を行わなければならない。

大阪市では認可外保育施設に対して年1回以上の立入調査を実施しており、平成27年8月の立入調査の結果に基づき、本園に「認可外証明書」が交付されていた。ところが、事故後に事前通告なく実施した特別立入調査では、その立入調査以降の時期についてではあるが、「保育従事者が1人で保育する時間帯があったこと」等の不備事項が確認され、「認可外証明書」の返還という事態になった。また、本園関係者への事故後のヒアリングで、日常の園運営における保育士及び保育従事者の数が「認可外指導監督基準」を満たしていても、保育士及び保育従事者が保育と同時に給食を調理する、あるいは、給食材料の買出しに出かけることなどがあり、その間は実際の保育に従事できていなかった実態があることが分かった（認可保育施設の職員配置基準では、保育士が調理に従事することはない）。いずれにせよ、かかる状況の施設において「本件保育事故」が発生したという事実を鑑みれば、少なくとも、現状の指導監査体制に基づく指導助言では不足があり、より強化することが求められる。

もっとも、そもそも論として、前述のように実際の保育に従事できていなかった実態があったとしても、日常の園運営における保育士及び保育従事者の数が「認可外指導監督基準」を満たしているならば、指導対象とすることは難しいのではないと思われる。その意味では、保育士及び保育従事者が保育に専念できるものとなるように「認可外指導監督基準」の職員配置基準を改正しない限り、大阪市のみでは、この状況を変えることができないのではなかろうか。国において、各自治体の重大事故の検証結果を参考に、認可外保育施設にかかる基準の改正を検討することを申し入れされたい。

イ 教訓等を活用可能な形でとりまとめる体制が不足

提言の基礎としている情報は、既にある程度、啓発情報として世の中に発信さ

れていた情報であり、提言はそれらを整理したという側面を有する。

これらの啓発情報の発信は、大阪市も積極的に担うことが望まれるところ、本提言が求める内容を充実させるためには、教訓等を活用可能な形でとりまとめる体制（人員）が現状では未だ不足しているように思われる。

(3) 指導監査体制を更に充実させるための施策

以上からすれば、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「本件保育事故」から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うる体制を整備することが、重要であり、その必要性は高い。そのための具体的施策の提言理由は、以下のとおりである。

ア 巡回指導員の増員及び立入調査等の実施

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。大阪市においては、既にこの施策を、認可保育施設を対象に採用しているところではあるが、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、認可外保育施設も対象に加えられるたい。

また、本件では事故発生後、事前通告なく特別立入調査を行ったことにより、不備事項が確認されたことから、認可・認可外を問わず、通常の立入調査等に加え、睡眠中、水遊び、食事中等の活動時など事故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。

なお、助言を重ねても改善が見られない施設については、こどもの安全のため、遅滞なく、改善指導や児童福祉法に基づく改善勧告や改善命令等に段階を移行されたい。

イ 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

啓発情報については、認可・認可外を問わず概ね共通する事柄と思われる。かかる情報が、分かりやすい形で整理され、各施設にフィードバックされていけば保育内容の充実や適切な事故対応にも資することになる。その意味で、この啓発情報の整理は、より良い保育の要となりうるものである。現状において、この領域が必ずしも満足のいくものになっていない原因は、重要性の位置づけが低く、多くの業務を抱える中での担当業務の1つとしての位置づけしか与えられていないことによる。それ故、対策としては、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。啓発情報を整理し、もって、保育内容の充実及び事故対応の中心となる専任職員を配置されたい。

このような専任職員が配置されているならば、例えば、巡回指導員からの情報も集約しやすく、そこから導き出される課題についても速やかに整理して各施設に分かりやすい形で情報発信することも容易になる。これらの情報が分かりやすい形で整理されていけば、保育内容の充実にも寄与するだろうし、万が一の事故対応の動きもスムーズになることが期待できる。また、大阪市においては、こども青少年局保育施策部保育企画課において保育施設への指導監査等を担当しているが、認可保育施設と認可外保育施設を担当するグループが別になっているところ、前述の専任の職員が配置されるならば、今回提言する再発防止策を実行するにあたって、こどもの安全確保の取組みが全体最適となるように企画し、指示し、進捗管理し、事故発生時の支援、事後の検証を含めて担当することができる。

7 補足：事故検証のための基礎資料

本件死亡事故の検証は、平成 28 年 3 月 31 日付け内閣府子ども・子育て参事官等通知「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」の運用として、大阪市において初めて実施されたものである。その意味で、今後の改善も視野に、補足として制度的課題を指摘しておきたい。

事故検証の前提となる基礎情報（こどもの健康状態や死因に関するもの）は、その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するものである。

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ったが、こどもの重大事故の検証をさらに有意義な取組みとするためには、他国で実施されているチャイルド・デス・レビュー²⁰⁾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が必要と考える。実現に向けて、大阪市からも国に申し入れされたい。