

東京都教育・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検証委員会報告書

認可外保育施設で給食中に発生した誤嚥による死亡事故について

令和6年5月21日

東京都教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための
事後的検証委員会

一 東京都教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための
事後的検証委員会報告書 一

目 次

はじめに	1
第一章 検証の目的及び方法	2
(1) 検証の目的	2
(2) 検証委員会の設置及び開催方法	2
(3) 検証委員会の開催と関係者等からのヒアリングの実施	3
第二章 事例の概要・経緯	4
(1) 事例の概要	4
(2) 事故発生時の状況	6
(ア) 事業者から都に提出された事故報告書	6
(イ) 都の立入調査時等における保育従事職員からの聞き取り内容	7
(3) 事故発生前後の都の指導監督の状況	10
(4) 特別立入調査時における指導監督の状況	11
(5) その他の認識すべき事実（保護者からの情報提供）	12
(ア) 児童の状況について	12
(イ) 死因について	12
(ウ) 救命処置について	12
第三章 本事例から明らかとなった問題点や課題	13
(1) 総括	13
(2) 各論	13
(ア) 事故発生時の対応について	13
《救命処置について》	13
《食事の介助について》	14
(イ) 食事の提供について	15
《幼児食への移行について》	15
《眠気のある児童に対する食事の提供について》	16
(ウ) 施設の運営について	17
《誤嚥防止のための注意喚起》	17
《事故防止の取組について》	18
第四章 再発防止のための提言	19
(1) 事故発生時の対応について	19
《救命処置について》	19
《食事の介助について》	19

(2) 食事の提供について	19
《幼児食への移行について》	19
(3) 施設の運営について	20
《誤嚥防止のための注意喚起について》	20
《事故防止の取組について》	20

【参考資料】

委員名簿

これまでの検証委員会による検証報告書（概要）

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

設置要綱

はじめに

認可外保育施設で給食中に発生した誤嚥による死亡事故について

- 平成 28 年 4 月から、教育・保育施設等で発生した死亡事故等の重大事故に関して、自治体が検証を行い、国は自治体からの検証報告を踏まえて、重大事故の再発防止策を検討することとされ、東京都においては、平成 28 年 5 月に「東京都教育・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検証委員会」を設置しました。
- これまで私たち「東京都教育・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検証委員会」は、認可外保育施設で発生した死亡事故について検証を行い、発生原因の分析や再発防止に向けた提言を取りまとめた報告書を都に提出してきましたが、いずれも睡眠中の事故でした。
- 今回は、令和 4 年 11 月に多摩地域に所在する認可外保育施設で発生した誤嚥による死亡事故について検証を行いました。誤嚥による事故の検証は初めてですが、全国では、平成 28 年以降に 10 件の重大事故の検証結果が報告され、8 件が 0 歳児から 1 歳児の離乳期や幼児食に移行して間もない頃の児童に関わるものです。この時期の児童は、さまざまな食材が食べられるように成長する一方、家庭での経験や発育の状態に差があるため、保育施設には、保護者と連携して、児童に合わせた丁寧な対応が求められます。
- また、認可外保育施設においては、多くの非常勤職員が保育に従事しています。保育中の事故防止に向けて、全ての職員の共通理解や情報共有を図る取組を進めていくための提言も掲げています。
- 本報告書の内容を踏まえ、国や自治体、保育に関わる全ての人々が、再発防止策を徹底するとともに、事故防止の取組の一助となることを強く希望します。

東京都教育・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検証委員会
委員長 汐見 稔幸

第一章 検証の目的及び方法

(1) 検証の目的

- 認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡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。
- なお、検証については、事故発生の事実把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するためのものであり、関係者の処罰を目的とするものではない。

(内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)等通知
(平成28年3月31日付府子本第191号等))

(2) 検証委員会の設置及び開催方法

- 都では、平成28年度に「東京都教育・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検証委員会」(以下「検証委員会」という。)を設置した。
- 検証委員会委員は、保育・教育分野の学識経験者や地域小児医療の医師、弁護士、豊富な現場経験を持つ施設関係者などで構成されている。
- 令和5年3月から、令和4年11月に多摩地域に所在する認可外保育施設で発生した死亡事故の検証を開始した。
- 事例の検証に際して、保育施設の職員のヒアリングを実施した。
- 保護者のヒアリングについては、保護者の意向により対面では実施せず、検証にあたって確認したい内容について、メールにより情報提供を受けた。
- 様々な角度からの闊達な議論を踏まえた検証を行うことや、プライバシー保護の観点から、検証委員会を非公開とした。

(3) 検証委員会の開催と関係者等からのヒアリングの実施

検証委員会及び関係者等のヒアリングを次の日程で開催した。

日時	内容
令和5年 3月22日	【第1回検証委員会】 事例の内容把握、スケジュール等
6月1日	[関係者ヒアリングⅠ] 事業者（施設長）
7月24日	[関係者ヒアリングⅡ及び現地調査] 事業者（主任保育士、担当保育士、栄養士）
8月31日	【第2回検証委員会】 問題点・課題の抽出等
10月26日	【第3回検証委員会】 提言の検討、報告書骨子案の提案等
12月21日	【第4回検証委員会】 提言の検討、報告書案の提案等
令和6年 4月11日	【第5回検証委員会】 提言の検討、報告書案の提案等
5月21日	【第6回検証委員会】 都への報告書提出

第二章 事例の概要・経緯

(1) 事例の概要

今回取り上げた事例は、令和4年11月29日(火)の昼間、多摩地域に所在する認可外保育施設(事業所内保育施設)で発生したもので、事故に遭われた児童(以下「当該児」という。)は、1歳5か月(0歳児クラス)の女児である。

給食中、りんごを食べていた当該児が眠そうな様子だったため、保育士が当該児を立たせ、口に指を入れてりんごをかき出したところ、泣いた後にぐったりとしたので、救命処置を行いながら、救急を要請し、意識不明のまま病院に搬送されたが、入院治療中に死亡した、と報告されている事例である。

施設概要など基本的な事項は次のとおりである。

施設概要	
施設種別	認可外保育施設(事業所内保育施設)
所在地	多摩地域
開設年	平成31年
施設概要	保育室等のある場所:業務用ビル内 室数:保育室4室(うち乳児室1室)、調理室1室、医務室1室、便所1室
施設の特徴	当該園は、系列の幼稚園の連携施設として、幼稚園入園を見据え、0歳児から2歳児の保育を行っていた。幼稚園とは3km程度離れており、園長が兼務していたことから、当該園を不在にすることが多かった。

事故発生当時の状況	
在籍児童数	35名（0歳6名、1歳20名、2歳9名）
事故発生時の児童数	32名（0歳6名、1歳18名、2歳8名）
事故発生時の必要職員配置数	6名（うち有資格者数2名）
事故発生時の職員体制	10名（うち有資格者数10名（常勤5名、非常勤5名））
気象状況	東京都（東京都心）令和4年11月29日（火曜日） 11時 天候曇り、気温18.9℃、湿度83%

0歳児クラスの保育体制		
主任保育士	常勤	開設時から勤務 他保育施設経験32年
担当保育士	非常勤	開設時から勤務 他保育施設経験10年

その他の関係者		
施設長	常勤	開設時から勤務 幼稚園の園長を兼務 他保育施設経験なし 事故発生日は幼稚園で勤務
看護師	常勤	開設時から勤務
栄養士	非常勤	開設時から勤務 栄養士業務を担当 他保育施設経験7年 事故発生日は休務

(2) 事故発生時の状況

令和4年11月29日(火)に発生した事故について、発生時の状況を概括する。

事故発生時の状況は、事故直後の12月及び1月に行った4回の都の特別立入調査、事業者から都に提出された事故報告書、本検証委員会での施設に対する事実確認、関係者ヒアリングなど、それぞれの段階において聞き取りを行っている。

いずれの段階においても、保育従事職員の記憶をもとに把握した内容であり、細部には事実との違いが生じている可能性があるものと思われる。

本検証委員会の目的は、当該児の死因や事故との因果関係などの認定を行うことではなく、集められた情報の中で一連の保育のプロセスを検証し、考えられる再発防止策をまとめていくことであることから、集められた情報をそれぞれ記載する。

(ア) 事業者から都に提出された事故報告書

日付	時間	内容
11月29日 (火)	11時20分	食事開始 ・普段通り食事を喫食する。 ・デザートりんご(縦2cm、横2cm、厚さ3mm)を見て、声をあげる。りんごを1切れ食べた後、再び炒り豆腐やコールスローを食べはじめる。眠そうな素振りがみられる。 ・手を洗いに行き、再び、着席する。食事を再開するが、再びりんごを指さし、声をあげて泣く。りんごを欲しがっていると担当保育士が解釈し、3切れのりんごをお皿に入れる。一口目をそしゃく後飲み込む様子を担当保育士が確認する。二口目をそしゃくしはじめたが、目をつむるなど、眠そうな素振りがみられる。 ・口の中にりんごが入っていたため、当該児を立たせ、担当保育士が口内に指を入れてりんごをかき出す。 ・当該児がうなり声を出したので、腹部突上と背部叩打を行うが何も出てこない。ぐったり

		した様子が見られたので看護師を呼び、腹部突上、背部叩打を行うが何も出てこない。
	11時42分	処置を継続しつつ、別の職員が119番通報し、救急搬送を要請。当該児の顔色が悪く、ぐったりとしていたため、心臓マッサージを行う。
	12時00分	救急車が到着。その後ドクターカーが到着し、処置が行われる。
	12時15分	救急車にて意識不明のまま病院へ搬送
	12時30分	病院到着。意識不明であり入院

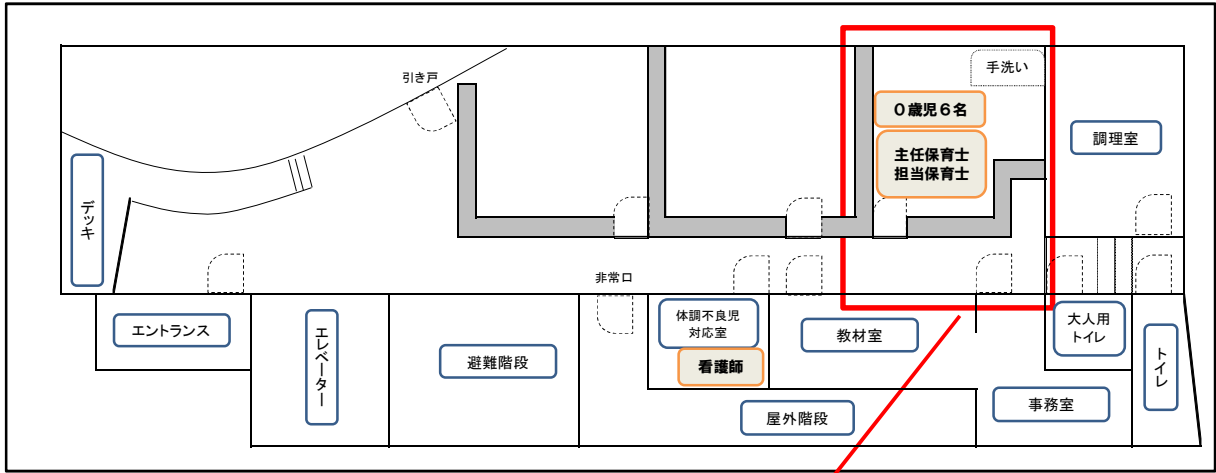
(イ) 都の立入調査時等における保育従事職員からの聞き取り内容

日時	内容
8時30分頃	○登園 ・主任保育士と看護師が受入れ対応 ・特に変わった様子はなかった。 ・登園後、室内で自由遊び
9時30分頃	○午前中のおやつ（豆乳） ・その後、手遊びや歌を歌うなどして遊ぶ。
9時50分頃	○近所の芝生広場へ散歩に出かける。 ・4人乗りベビーカーに乗る。 ・途中、急に雨が降り出し、雨宿りをする。
11時00分前	○帰園 ・洋服が濡れていたため着替える。
11時20分頃	○給食開始 ・途中、同じテーブルに座っていた児童のりんご（完了食）を欲しいと泣き出したので、りんごを1欠片あげた。 ・眠くなり、一旦食事を止めて手を洗いに行った。 ・手を洗ったら目が覚めて、自分で歩いて席に戻り、再び食べ始めた。 ・食べ始めたらまたりんごが欲しいと泣いたので、別トレイに用意していた当該児用のりんごを3切れあげた。 ・1切れ目をかじったら、その半分くらいが落ちて、次の一切をかじったら、また半分くらいが落ちた。

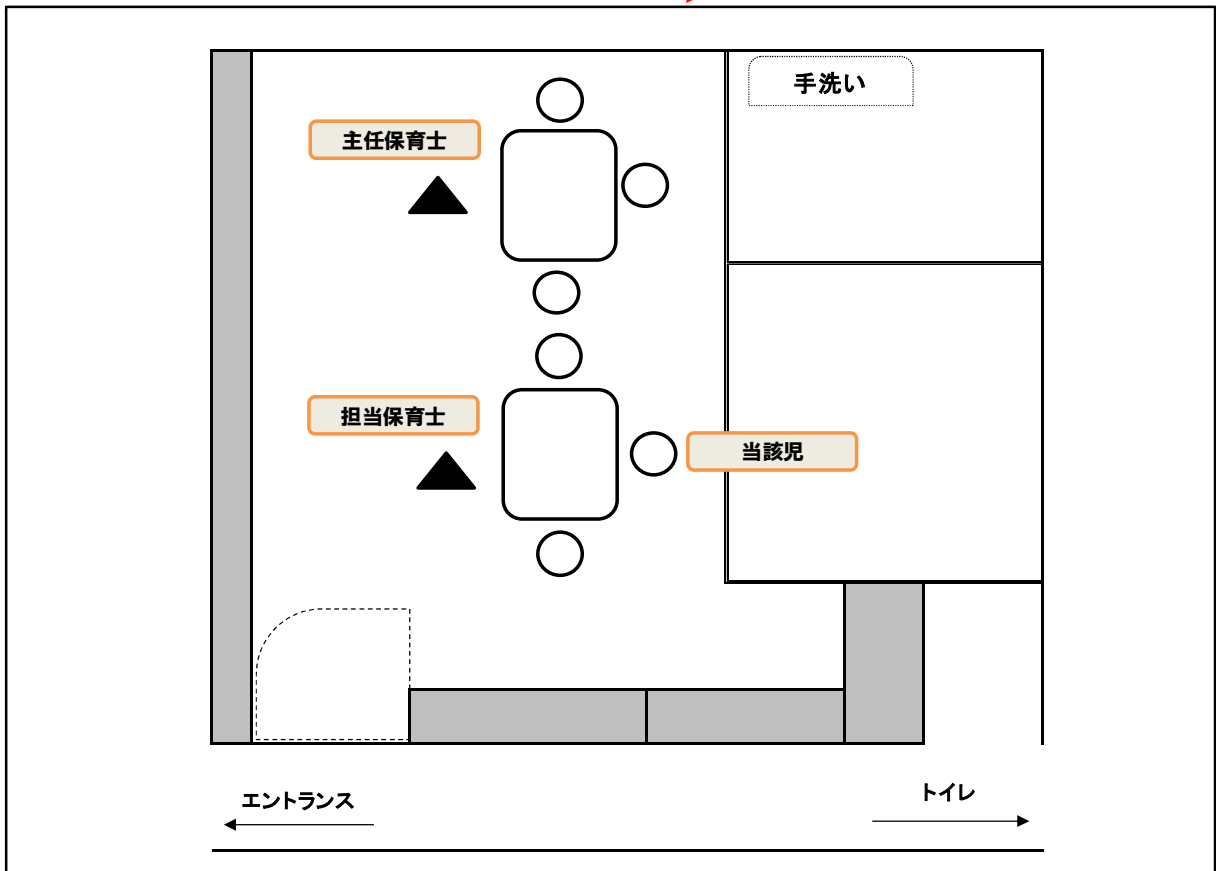
日時	内容
	<ul style="list-style-type: none"> ・食べながらウトウトし始めたため、危険だと思い、主任保育士が横に行き当該児を立たせて、担当保育士が「危ないから口から出そうね」と声をかけて、近づいて、口に手指（右手人差し指）を入れて、皿を近づけてりんごを取り出した。 ・口に手指を入れられたのが嫌だったのか、泣き出し、その際にフッと（息を吸い込んだ感じに）なって、苦しそうに顔が青ざめてきた。 <ul style="list-style-type: none"> ○主任保育士が腹部突上と背部叩打を行う。 ○担当保育士が代わり、抱えて突き上げをしている間に主任保育士が看護師を呼ぶ。 ○看護師が119番通報を指示。処置を継続 ○看護師と主任保育士が交替で心臓マッサージを実施
11時42分頃	<ul style="list-style-type: none"> ○担当保育士が119番通報 ・事務室で電話がつながらず、スマートホンでかけ直した。
11時45分頃	<ul style="list-style-type: none"> ○消防から担当保育士の携帯に着信があり、心肺蘇生を続けるよう指示を受け電話を切る。 ○担当保育士が当該児の母親の携帯に連絡。母親から父親に連絡してもらうよう依頼 ○別の保育士が系列幼稚園にいた施設長に電話連絡。施設長が消防の指示に従うよう指示し、園に向かう。
12時00分頃	<ul style="list-style-type: none"> ○救急車が到着。その後ドクターカーが到着
12時10分頃	<ul style="list-style-type: none"> ○施設長が園に到着 ・救急隊が1階のエレベーターホールで救命措置をしており、当該児の父親が既に到着していた。
12時15分頃	<ul style="list-style-type: none"> ○父親が救急車に同乗し、病院に搬送 ・その後施設長も車で搬送先の病院に向かう。

(※都の立入調査等における保育従事職員からの聞き取りから作成)

事故発生時の保育室の状況 (11:40頃)



全体図



0歳児クラス拡大図

(3) 事故発生前後の都の指導監督の状況

ここでは、主に事故前後の都の指導監督の状況を概括する。

日付	都の指導監督の状況等
令和3年 2月8日(月)	○児童福祉法第59条に基づく一般立入調査を実施 ・指摘事項なし
令和4年 6月14日(火)	巡回指導を実施
11月29日(火)	事故発生
12月1日(木)	○児童福祉法第59条に基づく特別立入調査(1回目)を実施 ・施設長、主任保育士からヒアリング (施設、児童、事故の状況について) ・保育現場の確認
12月12日(月)	○特別立入調査(2回目)を実施 ・運営再開後の保育状況の確認及び助言
12月26日(月)	○特別立入調査(3回目)を実施 ・担当保育士、栄養士、施設長からヒアリング (食事提供に関する安全対策について)
令和5年 1月25日(水)	○特別立入調査(4回目)を実施 ・施設長、当時の担当保育士からヒアリング (過去の誤嚥事例について)
2月1日(水)	○児童福祉法第59条第3項に基づき、児童の安全確保に配慮した保育の実施について、文書による改善指導を実施
3月1日(水)	○改善状況報告書を受理 ・改善の取組状況を確認 ・再発防止策が取り組み途中のため、引き続き指導
5月25日(木)	○実地にて、改善の取組状況を確認し、不十分であった点について、改善に向けた指導を実施
12月15日(金)	

※ この他に巡回指導員による現地確認を実施

令和4年12月22日(木)、令和5年1月6日(金)、3月13日(月)、
8月8日(火)、令和6年1月18日(木)

(4) 特別立入調査時における指導監督の状況

令和4年12月1日、12月12日、12月26日及び令和5年1月25日の特別立入調査の結果、指導事項に該当した事項は以下のとおりである。

《児童の安全確保に配慮した保育を実施していない》

- ・ 令和4年11月、給食の時間帯において、1歳児が食事中に眠くなった状態を確認したにもかかわらず、その後も、当該児童が目をとじて、大きく姿勢を傾げる状態になるまで、食事の提供を続けていた。
- ・ 令和4年11月、給食の時間帯において、口の中に入りんごが入ったまま目をとじて、深い眠りに近い状態になっていた1歳児に対し、十分な声かけなどで覚醒したことを確認することなく、脇を支えて立たせ、口内に指を入れ、りんごを取り除く行為をしていた。
- ・ 令和4年11月、食事に関する情報（奥歯の状態）を十分に把握しないまま、1歳児に生のりんごを提供していた。
- ・ 令和3年11月及び令和4年3月の給食の時間帯において、当日の児童の体調不良を確認していたにもかかわらず、1歳児にりんご等誤嚥リスクの高い食材を提供していた。
- ・ 令和4年12月の調査時、給食の時間帯において、布団で15分程寝ていた児童を職員が抱き起こして席に座らせ、自ら食事をさせていたが、当該職員は他児の食事介助やコップの片付け等をしており、寝起きの児童に対する見守りを適切に行っていなかった。
- ・ 令和4年12月の調査時、給食の時間帯において、児童が食べ物を飲み込んだことを確認しないまま、職員が次の食事を与える行為を繰り返していた。また、別の児童が顔を背けて食べたがらないにもかかわらず、職員が食事を与える行為を繰り返したため児童がむせてせき込んでいた。
- ・ 令和4年3月及び8月に誤嚥事例（きくらげ・肉）が発生した際、食材に関する見直しは行われていたが、食事中の見守りや食事介助の方法に関しては検討すら行われていなかった。
- ・ 設置者は、施設における事故防止に関するマニュアル等が徹底されているか実際の保育の様子を確認せず、職員に対する指導等を怠っていた。

など、児童の安全確保に配慮した保育を実施していないことを確認した。については、当該行為を直ちに是正し、適切な保育を行うこと。

(5) その他の認識すべき事実（保護者からの情報提供）

(ア) 児童の状況について

当該児の状況については、以下のような情報を得た。

- ・ 家庭では年齢相応の食材、加熱しないものも食べていた。スプーンを利用し、ベビーチェアに座って、テーブルで食事をしていた。特段、食事中の姿勢が悪いということはない。
- ・ 家庭で生のりんごはすりつぶして提供していた。
- ・ 風邪の症状があり、11月7日に病院を受診した際に、少し喘息の疑いがあるから薬を飲みながら様子を見ていた。
- ・ 当日眠気があったことの要因について、前日から当日にかけて家庭の様子で思い当たることは特になかった。

(イ) 死因について

本事例の死因については、以下のような情報を得た。

- ・ 医師の診断では、「虚血性低酸素脳症」とのことだった。
- ・ 警察からの死体検案書では、直接原因は「低酸素脳症」で、その原因として「食物誤嚥による窒息」とのことだった。また、外因死の追加事項として「昼食内容のリンゴを誤嚥した疑い」とのことだった。
- ・ 医療機関カルテでは、現場到着後、CPR（心肺蘇生法）を実施。心静止のまま、病院へ搬送後、心拍再開。右主気管支にりんごと思われる固形異物が確認され除去した、とのことだった。

(ウ) 救命処置について

本事例の救命処置については、以下のような情報を得た。

- ・ 医療機関カルテには、医師が警察から質問を受け、「20分は心肺蘇生の処置なしの状態、1時間は心肺蘇生行為を行った状態。心肺停止の状態の後、心拍が再開した。」と、説明した、と記載があったとのことだった。

(1) 総括

本事例の検証においては、事故の原因以外にも、事故の再発を防止する観点から、本事例が発生した背景や対応方法、組織の体制など幅広く議論している。

検証を進めていく中で、本事例については、以下のような課題が明らかとなった。

- ・ 心臓マッサージの実施など、行われた処置の検証は困難であるが、主任保育士と看護師が事故発生後に行った処置では、結果的に、誤嚥した疑いのあるりんごを除去できず、児童の死亡につながったこと。
- ・ 食事中に児童に眠くなる様子が見られ、口の中に食物が残っていた場合の対応や、児童を驚かせてしまうと、息を吸い込み、食物が気道に詰まる危険があることを、保育従事職員向けにガイドライン等で具体的に示したものがなかったこと。
- ・ 幼児食への移行に当たり、当該児の乳歯の発達状況の確認や家庭の状況を聞き取った記録の共有が不十分なまま、判断されていたこと。
- ・ 眠気のある児童に対して食事を提供するリスクの認識が不足し、児童が手を洗った後、眠気が覚めた様子を見て食事の提供を再開したこと。
- ・ 事故前に起きた2つの誤嚥事例を通じて、誤嚥防止のための食事の介助について、職員による意見交換や保育内容の見直しが不足していたこと。

(2) 各論

(ア) 事故発生時の対応について

《救命処置について》

保育従事職員は、児童が誤嚥を起こした際、その児童の状況を的確に把握し、対応に遅れが生じないようにする必要がある。園の「事故防止及び事故発生時マニュアル」では、事故発生後の対応として、救命処置、緊急時の役割分担、119番通報時の対応等について記載している。

まず、救命処置については、主任保育士及び担当保育士により腹部突上と背部叩打が行われた後、看護師と主任保育士が交替で心臓マッサージを実施したとされている。

役割分担については、施設に対する事実確認において、午前11時40分頃の事故発生後、主任保育士と看護師による異物除去、午前11時42分頃に看護師

の指示による担当保育士の119番通報が確認されている。

心臓マッサージの実施については、施設からは処置したとの報告がある一方で、医療機関カルテでは、「20分は心肺蘇生の処置なしの状態」とあり、主任保育士と看護師が処置を継続した正確な時間や、効果的な処置が行われたかどうかは検証が困難である。

- ¹ 誤嚥を起こした際に速やかな異物除去や心臓マッサージを行うために、誤嚥の発生を想定した研修や訓練の充実や救命講習の更なる受講の促進を図ることが必要である。

《食事の介助について》

次に、当該児が食事を開始後、眠くなり、一旦食事を止めて手を洗った後、自分で席に戻り、再び、りんごを食べ始めながら眠そうな素振りが見られたときに、主任保育士が当該児を立たせ、担当保育士が口内に指を入れてりんごをかき出したことについて検証する。

国のガイドライン²では、「食事の介助をする際に注意すべきポイント」として、「食べ物を飲み込んだことを確認する（口の中に残っていないか注意する。）」、「食事の提供中に驚かせない。」、「食事中に眠くなっていないか注意する。」とある。また、ガイドラインで紹介されている参考例においても、0歳児は、「食事の途中で眠くなってしまったら無理に食べさせない。」、1・2歳児は、「食事中に眠くなり、食事を終わりにする時は、口の中に物が入っていないか確認する。」とあるが、口の中に物が残っていた場合の具体的な対応方法についての記載はなかった。

担当保育士のヒアリングによると、当該児が一気に眠りそうになったので、飲み込みを促すよりも、眠い時には、口の中を空にしてから寝かせなければならぬと思ひ、反射的に口の中のものをかき出した。かき出す時に、当該児を立たせた状態で、「出すよ」と声をかけた。口（顔）を下に向けることは考えていなかったかもしれない、とのことだった。

施設長のヒアリングによると、担当保育士には、急に口の中に指を入れると、誤嚥する危険があるという知識はあったと思うが、認識は十分ではなかった、

¹ 第三章文中に「○」が記載されている箇所は、明らかになった課題や問題点を表す。

² 「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」（平成28年3月 内閣府・文部科学省・厚生労働省）

とのことだった。

また、担当保育士のヒアリングによると、ビニールの手袋をはめたままかき出したことについては、当該児を驚かせたかもしれないが、りんごをととても欲しがっていたので、口から出されることが嫌だったのかと思った、とのことだった。

○食事中に児童に眠くなる様子が見られ、口の中に食物が残っていた場合の対応を国のガイドライン等で示したものは見当たらず、保育従事職員に具体的に示す必要がある。

○食事中に児童を驚かせてしまうと、急に息を吸い込み、口の中に残った食物が気道に詰まる危険があること、特に泣くときは息を吸い込む勢いが強いということを注意喚起する必要がある。

(イ) 食事の提供について

《幼児食への移行について》

1歳児は、離乳食の完了食から幼児食に移行するが、児童によって奥歯の生える時期は個人差が大きいため、個別に配慮する必要がある。また、指導監督基準においても、児童の食事に関する情報を把握し、誤嚥等による窒息のリスクとなるものを除去することが求められている。

栄養士のヒアリングによると、家庭で生のりんごを食べていることは聞いていたが、どのような大きさのりんごを食べているかは確認していない。児童の食べ方や離乳食の状況を見ることはほとんどなかった、とのことだった。

また、検証の過程で、当該児の乳歯の状況の記録を確認したところ、令和4年6月に実施された健診結果で前歯4本を確認しているが、事故発生まで、奥歯を含め、乳歯の状態は確認していなかった。

園では、事故前に複数回の給食で、くし形に8等分した生のりんごをさらに3等分して、24等分にしたものを横に半分に切って小さくしたものを当該児に提供しているが、担当保育士のヒアリングによると、事故前に飲み込みは普通で、ゆっくりそしゃくして食べていた、とのことだった。

国のガイドラインでは、りんごは、「そしゃくにより細かくなったとしても食塊³の固さ、切り方によってはつまりやすい食材」として、完了期までは加

³ 口の中で食べ物を飲み込みやすいように唾液と混ぜながら作られる食べ物の塊のこと（日本歯科医師会ホームページより引用）

熱して提供すること」が求められているが、園の研修資料には、りんごについては「小さくする」とだけで、切り方の基準はあいまいなものだった。

- 保育所等に対して、児童の給食中のそしゃくの状況の観察や奥歯の状態の確認、誤嚥のリスクの高い食材の取扱いなど、幼児食への移行の判断に必要な事項についての理解を促進する必要がある。
- 乳幼児を育てている家庭に対して、保育所等からだけでなく、行政からも誤嚥のリスクの高い食材等について周知する必要がある。

次に、当該児に対する幼児食への移行の判断について、主任保育士のヒアリングによると、保護者に、りんごの大きさを少し大きめにして噛む力もつけていこうと思っていると主任保育士が伝えたが、明確にいつから、家庭で生のりんごを食べてみたかは分からない、記録もないとのことだった。

一方、保護者への聞き取りによると、家庭でも生のりんごはすりつぶして提供していた、とのことだった。

したがって、家庭で食べているりんごの大きさや形状については、主任保育士は十分に把握していなかったと考えられる。しかしながら、施設長のヒアリングによると、施設長は、主任保育士から家庭で生のりんごを食べているという報告をもとに、園で提供している幼児食に準ずる内容の食事を家庭でも喫食していると判断し、児童の幼児食への移行を決定していた。

また、栄養士はその決定をもとに、当該児の幼児食について、くし形のりんごの提供を指示しており、園内で正確な情報が共有されないまま、園で提供している幼児食が当該児にも提供されていたと考えられる。

- 乳幼児期の発育・発達に応じた食事を提供するため、丁寧に家庭での食事の状況を聞き取り、離乳食の移行状況についての記録を作成し、関係する職員が共有できる仕組みが必要である。

《眠気のある児童に対する食事の提供について》

眠気のある児童に対する食事の提供について、国のガイドラインにおいては、「食事の介助をする際に注意すべきポイント」として、「食事中に眠くなっていないか注意する。」とあるが、眠気のある児童に対する食事の提供の危険性や適切な対応方法については示されていなかった。

担当保育士のヒアリングによると、眠くなったら、無理に食べさせないという認識はあったが、一度眠くなった後、自分で椅子に戻り、眠そうな素振り

見られなかったため、食事の提供を続けた、とのことだった。

また、当該児は食べたいという意思が強い児童で、りんごを欲しがると止めたら、機嫌が悪くなる可能性があると思った、とのことだった。

- 食事中、一度眠くなったが、手を洗った後に目が覚めた児童の様子を見て、児童の食べたい気持ちを保育従事職員が尊重しすぎてしまった可能性がある。
- 眠気のある児童に対して食事を提供するリスクについて、保育従事職員の認識を高める必要がある。

次に、食事中に児童が眠くなった際の口の中に残った食物の取扱いについて、施設長のヒアリングによると、食事中に眠そうな場合には食事を中止するルールとしており、その際に、児童が自分で食べたものを出せなければ、保育士が手を使って出すことにしていた、とのことだった。

- 保育所等に対して、食事中に眠気の見られた児童に対応するための注意喚起を行うとともに、マニュアルの整備を促す必要がある。また、応答や反応がない場合も、意識がないのか眠ったのかで区別して対応を示す必要がある。

(ウ) 施設の運営について

《誤嚥防止のための注意喚起》

認可外保育施設は、国の通知（「保育所保育指針の適用に際しての留意事項について」（平成30年3月30日付子保発第0330第2号））に基づき、保育所保育指針を参考として児童の処遇を行うこととなっており、「保育への課題等への共通理解や協働性を高め、保育所全体としての保育の質の向上を図っていくためには、日常的に職員同士が主体的に学び合う姿勢と環境が重要であり、職場内での研修の充実が図られなければならない」とされているが、実施状況は施設によってまちまちである。

栄養士のヒアリングによると、過去に同施設内できくらの誤嚥が発生した際に、誤嚥のリスクのある食材について、看護師から意見があったが、保育士から直接意見はなかった。複数日に分けて、非常勤職員も含め全員が、誤嚥防止のための勉強会として、注意点や食事の介助について看護師から指導を受けた、とのことだった。

また、勉強会では、看護師が先に起きた誤嚥事例を踏まえて資料を作り、指

導していることは確認できたが、誤嚥防止のための食材の取扱いや食事の介助について、保育士や栄養士とどのような議論がなされ、保育内容に反映されたかは確認できなかった。

- 園内で、先に起きた誤嚥事例を通じて、保育士や栄養士をはじめとする保育従事職員への注意喚起や保育内容の改善が図られるための支援が必要である。

《事故防止の取組について》

保育所保育指針では、「保育中の事故防止のために、子どもの心身の状態等を踏まえつつ、施設内外の安全点検に努め、安全対策のために全職員の共通理解や体制づくりを図る」こととされ、重大事故の発生防止のため、ヒヤリ・ハット事例の収集及び要因の分析を行い、必要な対策を講じるなど、組織的に取組を行うことが求められている。

主任保育士のヒアリングによると、常勤職員の会議で、ヒヤリ・ハット事例も重大事故につながることもあると話していた。会議で取り上げた事例はファイルにとじて、見やすいところに置き、全職員が確認するように声掛けをしていたが、勤務時間の関係で内容を確認する時間を取ることが難しい非常勤職員もいた、とのことだった。

また、施設長のヒアリングによると、常勤職員の会議で、マニュアルや保育内容を検討して、決定内容を非常勤職員に説明することが多かった、保育事故や不適切な保育に関する報道を議題に取り上げ、常勤職員と議論していた、とのことだった。

- 非常勤職員の配置が多い認可外保育施設においても、ヒヤリ・ハット事例が全ての職員に共有され、保育内容の見直しにつなげる必要がある。
- 児童ごとに様々な特徴や食事の場面での注意点など、職種や立場によらず、保育内容について意見交換を図りながら、必要に応じて見直すことができるよう、保育従事職員の理解促進を図る必要がある。
- 非常勤職員も、事故防止のために必要な情報を十分に得られ、児童の命を守る意識をより高められるよう、研修や指導を徹底する必要がある。

第四章 再発防止のための提言

(1) 事故発生時の対応について

《救命処置について》

提言 1

【都】

保育所等において、全ての職員が、誤嚥を起こした児童に対して適切な処置を行えるよう、都は、救命講習の受講を促進するとともに、誤嚥の発生を想定した実践的な研修や訓練の実施を支援すること。

《食事の介助について》

提言 2

【都】

都は、誤嚥が起こる仕組みや誤嚥のリスクの高い状況など、誤嚥を防止するための食事の介助をする際に注意すべきポイントを、保育従事職員に分かりやすく啓発すること。

(2) 食事の提供について

《幼児食への移行について》

提言 3

【都】

都は、保育所等が幼児食への移行を適切に判断できるよう、発達状況の目安や誤嚥のリスクの高い食材の取扱い等、注意すべき点を指導すること。合わせて、乳幼児を育てている家庭に対しても、区市町村と連携し、誤嚥のリスクの高い食材等について周知を図ること。

提言 4

【都】

都は、幼児食への移行に当たり、家庭の食事の状況を確認できるチェックシートを作成すること。また、そのチェックシートを活用して、職員が保護者から十分に家庭での状況を聴き取り、保護者とともに離乳食の移行状況を確認できる記録を作成し、定期的に関係職員に情報共有を図るとともに、児童の発達状況を踏まえて判断するよう、改めて保育所等に注意喚起すること。

《眠気のある児童に対する食事の提供について》

提言 5

【都】

都は、児童が食事提供中に眠気が生じた場合、誤嚥のリスクが高まることから、保育従事職員が無理に食べさせないなど適切な対応方法や誤嚥につながるリスクの高い行動について、改めて保育所等に注意喚起すること。

提言 6

【都】

保育所等において、児童が食事中に眠くなった場合の対応や誤嚥防止のための適切な食事の介助に関するマニュアル等を作成できるよう、都は、国と連携して、有識者の意見を聴きながら、必要な情報提供を行うこと。

(3) 施設の運営について

《誤嚥防止のための注意喚起について》

提言 7

【都】

都は、誤嚥事例の再発を防止するため、事業者自らによる園内の保育の振り返りや事故の原因となるリスクを取り除くための取組を促進すること。

《事故防止の取組について》

提言 8

【都】

都は、認可外保育施設においても、職員間の情報共有や意見交換が促進され、保育内容の見直しにつながるよう、外部研修の充実や研修等に参加しやすい環境整備を図ること。

參考資料

委 員 名 簿

■委員名簿（50音順）

氏 名	現 職
秋山 千枝子	医療法人社団千実会 あきやま子どもクリニック院長
朝比奈 和茂	弁護士
折井 誠司	東京都社会福祉協議会保育部会副部長
◎汐見 稔幸	一般社団法人家族・保育デザイン研究所代表理事 東京大学名誉教授 白梅学園大学名誉学長
堤 ちはる	相模女子大学栄養科学部健康栄養学科教授
○山本 真実	東洋英和女学院大学人間科学部教授
和田 万希子	東京都国公立幼稚園・こども園長会会長

◎：委員長 ○：副委員長

これまでの検証委員会による検証報告書（概要）

① 平成 29 年 3 月 8 日公表

事業所内保育施設で午睡時にうつぶせ寝で寝かされた 1 歳児の死亡事故から私たちが学ぶ、1 歳児の保育と低年齢児に対する丁寧な保育の大切さについて

【事例の概要】

平成 28 年 3 月、中央区内の事業所内保育施設で発生した死亡事故で、事故に遭われた児童は、1 歳 2 か月の男児。当該児は、午睡の途中で目覚めて泣くことがあるため、他の児童が午睡をしている部屋の隣の部屋で一人だけで寝かされており、事故の当日も、隣の部屋に一人で、保育従事職員が当該児をうつぶせ寝にして寝かしつけた。

午睡中起きてこないため、保育従事職員が確認したところ異常が認められ、心肺停止状態で緊急搬送され、死亡が確認された。

② 平成 30 年 3 月 28 日公表

個人で長く運営し、繰り返し改善指導が行われていた 24 時間運営のベビーホテル（認可外保育施設）で夜間の時間帯に発生した睡眠中の死亡事故

【事例の概要】

平成 28 年 3 月 16 日の夜間に 24 時間保育を行うベビーホテルで発生したもので、事故に遭われた児童は、6 か月の女児。園長である保育従事職員が、夜間、調乳作業中に、当該児の顔が蒼白でぐったりするなど、異変に気づき緊急搬送され、その後死亡が確認された。

③ 令和 2 年 3 月 26 日公表

個人で長く運営し、繰り返し改善指導が行われていた認可外保育施設で発生した午睡時の死亡事故について

【事例の概要】

平成 30 年 10 月 3 日の昼間、練馬区内の認可外保育施設（ベビーホテル）で発生したもので、事故に遭われた児童は、6 か月の男児。保育従事者が、当該児にミルクを飲ませて寝かしつけ、ベビーベッドに移した後、しばらくして確認に行ったところ、異常が認められたため、救急搬送されたが、その後死亡が確認された。

こ 成 安 第 37 号
5 教 参 学 第 40 号
令 和 6 年 3 月 22 日

各都道府県・指定都市・中核市保育主管部(局)長
各都道府県・指定都市・中核市児童福祉主管部(局)長
各都道府県・指定都市・中核市認定こども園担当課長
各都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市
認可外保育施設担当課(室)長
各都道府県・指定都市・中核市子育て援助活動支援事業
(ファミリー・サポート・センター事業)担当課長
各都道府県等教育委員会学校安全担当課長
各都道府県私立学校主管課長
附属学校を置く国立大学法人担当課長

殿

こども家庭庁成育局安全対策課長
こども家庭庁成育局保育政策課長
こども家庭庁成育局保育政策課認可外保育施設担当室長
こども家庭庁成育局成育環境課長
文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課長

教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について

子ども・子育て支援新制度において、特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者は、事故の発生又は再発を防止するための措置及び事故が発生した場合に、市町村、家族等に対する連絡等の措置を講ずることとされている。

このことを踏まえ、第16回子ども・子育て会議（平成26年6月30日開催）において、行政による再発防止に関する取組の在り方等について検討すべきとされた。

これを受け、平成26年9月8日、「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」が設置され、平成27年12月に重大事故の発生防止のための今後の取組みについて最終取りまとめが行われた。

この取りまとめでは、死亡事故等の重大事故の発生前、発生時、発生後の一連のプロセスにおけるこどもや周囲の状況、時系列の対応などを検証し、検証の結果を重大事故の再発防止に役立てていくことが極めて重要であることから、地方自治体において検証を実施するよう提言を受けた。

この取りまとめを踏まえ、地方自治体が行う死亡事故等の重大事故の検証の参考となるよう、検証を実施する際の基本的な考え方、検証の進め方等について整理した通知を発出し、平成 28 年 4 月 1 日から運用を開始したものであり、現在は令和 5 年 12 月 14 日に発出した「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」（こ成安第 143 号・5 教参学第 31 号、以下「旧通知」という。）に基づき運用している。

今般、新たに地域子ども・子育て支援事業に加わる子育て世帯訪問支援事業及び児童育成支援拠点事業におけるこどもの死亡事故等の重大事故についても、検証の対象とすることとし、下記のとおり通知するので、御了知の上、管内の市町村（特別区を含む。）、関係機関及び施設・事業者等に対して周知いただくとともに、その運用に遺漏のないようお願いする。

本通知については、令和 6 年 4 月 1 日から運用するので、本通知の運用開始に伴い旧通知は廃止する。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に規定する技術的助言として発出するものであることを申し添える。

記

第 1 基本的な考え方

1 目的

検証は、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業、認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業（以下「教育・保育施設等」という。）におけるこ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こどもやその保護者の視点に立って発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するために行う。

2 実施主体

(1) 検証の実施主体

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

事故に関しては市町村とする。

(2) 都道府県と市町村の連携

市町村が検証を実施する場合には、都道府県が支援を行う。

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

なお、都道府県が行う市町村に対する支援の例として、

- ① 認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業の検証を行うこととなる都道府県において、あらかじめ検証組織の委員候補者として適当な有識者（例えば、学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者、栄養士（誤嚥等の場合）、各事業に知見のある者（地域子ども・子育て支援事業の場合）等）をリストアップしておき、市町村が実際に検証組織を設ける際に、必要に応じ、当該リストの有識者から都道府県が委員を紹介する。
- ② 都道府県内における検証事例の蓄積を行い、実際に検証を行う際に技術的援助を行う。
- ③ 定期的に行っている認可権に基づく指導監査の状況についての情報提供や、当該権限を根拠とした当該事故についての資料収集、事実確認への協力を行う。
- ④ 検証組織について、必要に応じ、オブザーバー参加や共同事務局となるなどの協力を検討する。
- ⑤ これらを円滑に進めるため、都道府県と市町村の間で、市町村が集まる会議や個別の市町村との連絡会議などにおいて、あらかじめ協議をする。

ことなどが考えられる。

3 検証の対象範囲

(1) 死亡事故

※ 乳幼児突然死症候群（SIDS）や死因不明とされた事例も、事故発生時の状況等について検証する。

(2) 意識不明事故（どんな刺激にも反応しない状態に陥ったもの）

※ 意識不明の原因が病気であると判明したものを除く。

(3) 死亡事故、意識不明事故以外の重大事故で、都道府県又は市町村において検証が必要と判断した事故

※ 都道府県又は市町村が検証を実施しない事故や、いわゆるヒヤリ・ハット事例等については、各施設・事業者等において検証を実施する。

4 検証組織及び検証委員の構成

(1) 検証組織

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

(2) 検証委員の構成

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

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

5 検証委員会の開催

(1) 死亡事故については、事故発生後速やかに検証委員会を開催する。

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

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

(2) 検証を行うに当たって、関係者から事例に関する情報の提供を求めるとともにヒアリング等を行い、情報の収集及び整理を行う。

この情報を基に、関係機関ごとのヒアリング、現地調査その他の必要な調査を実施し、事実関係を明らかにするとともに、発生原因の分析等を行う。

あわせて、調査結果に基づき、事故発生前・発生時の状況や発生後の対応等に係る課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討する。

また、プライバシー保護の観点から、委員会は非公開とすることも考えられる。

公開又は非公開の範囲については、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、個別事例ごとに関係者を含めて十分に協議する。

関係者へのヒアリングのみ非公開とするなど、「一部非公開」等の取扱

いも考えられる。

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

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

6 報告等

- (1) 検証委員会は、検証結果とともに、再発防止のための提言をまとめ、都道府県又は市町村に報告する。
- (2) 都道府県又は市町村は、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、原則として、検証委員会から提出された報告書を公表することとし、国へも報告書を提出する。

あわせて、速やかに報告書の提言を踏まえた具体的な措置を講じ、各施設・事業者等に対しても具体的な措置を講じることを求める。

また、都道府県又は市町村は、講じた措置及びその実施状況について自ら適時適切に点検・評価し、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても適時適切に点検・評価する。

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

第2 具体的な検証の進め方

1 事前準備

(1) 情報収集

検証の対象事例について、事務局は都道府県又は市町村に提出された事故報告等を通じて、以下の①から⑨の事項に関する情報収集を行う。

この場合、事務局は、必要に応じて施設や事業者等からヒアリングを行う。市町村が実施する場合は、都道府県の協力を得て行う。

- ① こどもの事故当日の健康状態など、体調に関すること等（事例によっては、家族の健康状態、事故発生の数日前の健康状態、施設や事業の利用開始時の健康状態の情報等）
- ② 死亡事故等の重大事故に至った経緯
- ③ 都道府県又は市町村の指導監査の状況等
- ④ 事故予防指針の整備、研修の実施、職員配置等に関すること（ソフト面）

- ⑤ 設備、遊具の状況などに関すること（ハード面）
- ⑥ 教育・保育等が行われていた状況に関すること（環境面）
- ⑦ 担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士等の状況に関すること（人的面）
- ⑧ 事故発生後の対応（各施設・事業者等及び行政の対応）
- ⑨ 事故が発生した場所の見取り図、写真、ビデオ等

（２）資料準備

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

２ 事例の内容把握

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

（１）確認事項

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

（２）事例の内容把握

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

3 問題点・課題の抽出

事例の事実関係が明確になった段階で、それを基に、なぜ検証対象の死亡事故等の重大事故が発生したのか、本事例が発生した背景、対応方法、組織の体制、その他の問題点・課題を抽出し、再発防止につなげる。

抽出の過程で、さらに事実関係を明確化する必要がある場合、事務局又は検証委員会によるヒアリングや現地調査等を実施する。

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

4 検証委員会における提言

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

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

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

5 報告書

(1) 報告書の作成

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

ア 検証の目的

イ 検証の方法

ウ 事例の概要

エ 明らかとなった問題点や課題

オ 問題点や課題に対する提案（提言）

カ 今後の課題

キ 会議開催経過

ク 検証組織の委員名簿

ケ 参考資料

- ② 報告書の内容を検討、精査する。
- ③ 検証組織は報告書を取りまとめ、都道府県又は市町村に提出する。

(2) 公表

各施設・事業所等における死亡事故等の重大事故について検証を行うことは、その後の事故の再発防止に密接に関連するものであり、事故に遭った子どもや保護者の意向にも配慮しつつ、原則として検証結果は公表すべきである。

公表に当たっては、個人が特定される情報は削除するなど、プライバシーの保護について十分配慮する。

なお、公表の際には国に報告書を提出する。

(3) 提言を受けての具体的な措置等

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

また、各施設・事業者等が講じた措置及びその実施状況についても、都道府県又は市町村が適時適切に点検・評価する。

第3 検証に係る指導監査等の実施について

1 死亡事故等の重大事故が発生した場合の指導監査等について

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

また、指導監査等の実施については、以下の「指導監査等の対象となる施設・事業、実施主体、根拠法及び監査指針等」を参照すること。

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

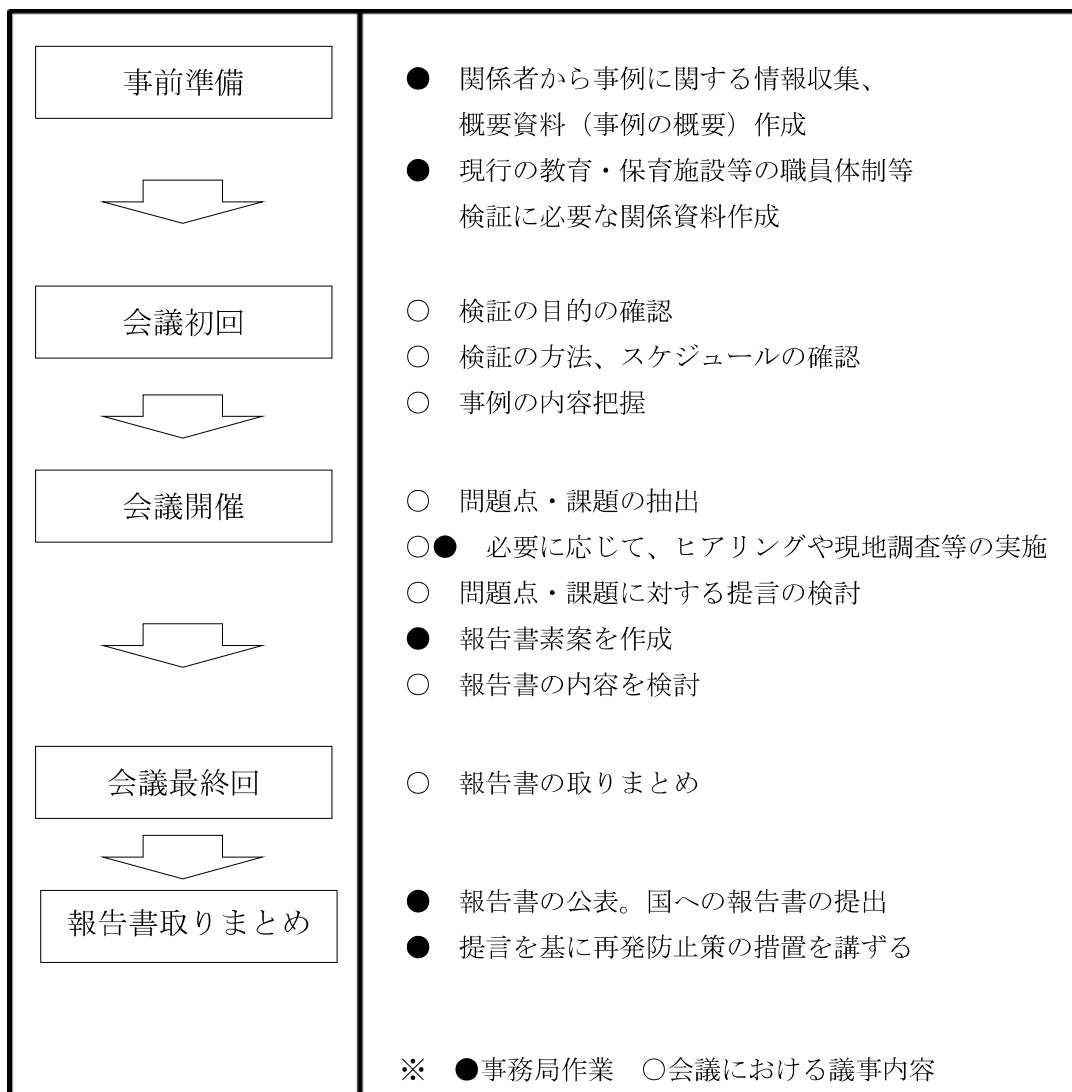
○ 指導監査等の対象となる施設・事業、実施主体、根拠法及び監査指針等

施設・事業	指導監査等の実施主体	根拠法	監査指針等
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定教育・保育施設 ・ 特定地域型保育事業 	市 町 村	子ども・子育て支援法	子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等の指導監査について（平成 27 年 12 月 7 日、府子本第 390 号、27 文科初第 1135 号、雇児発 1207 第 2 号）
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 幼保連携型認定こども園(※) </div>	都道府県 指定都市 中核市	認定こども園法	就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律に基づく幼保連携型認定こども園に対する指導監査について（平成 27 年 12 月 7 日、府子本第 373 号、27 文科初第 1136 号、雇児発 1207 第 1 号）
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 保育所(※) </div>	都道府県 指定都市 中核市	児童福祉法	児童福祉行政指導監査の実施について（平成 12 年 4 月 25 日、雇児発第 471 号）
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 地域型保育事業 </div>	市 町 村	児童福祉法	児童福祉法に基づく家庭的保育事業等の指導監査について（平成 27 年 12 月 24 日、雇児発 1224 第 2 号）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認可外保育施設 ・ 認可外の居宅訪問型保育事業 	都道府県 指定都市 中核市	児童福祉法	認可外保育施設に対する指導監督の実施について（平成 13 年 3 月 29 日、雇児発第 177 号）

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

(参考) 検証の進め方の例

検証は、以下の図のような流れで実施する。



【問合せ先】

- 事後的な検証全般に関すること
こども家庭庁成育局安全対策課事故対策係
TEL : 03-6858-0183
- 保育所、認定こども園（幼稚園型を除く）に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課企画法令第一係
TEL : 03-6858-0058
- 特定地域型保育事業に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課企画法令第二係
TEL : 03-6858-0058
- 幼稚園、特別支援学校及び認定こども園（幼稚園型）に関する
こと
文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課
安全教育推進室学校安全係
TEL : 03-6734-2966
- 延長保育事業に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課待機児童対策係
TEL : 03-6858-0048
- 放課後児童クラブに関すること
こども家庭庁成育局成育環境課健全育成係
TEL : 03-6861-0303
- 子育て短期支援事業、子育て世帯訪問支援事業及び児童育成支
援拠点事業に関すること
こども家庭庁成育局成育環境課家庭支援係
TEL : 03-6861-0224
- 一時預かり事業に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課地域支援係
TEL : 03-6858-0078
- 病児保育事業に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課保育医療対策係
TEL : 03-6858-0056
- ファミリー・サポート・センター事業に関すること
こども家庭庁成育局成育環境課子育て支援係
TEL : 03-6861-0519
- 認可外保育施設（全類型）に関すること
こども家庭庁成育局保育政策課認可外保育施設担当室指導係
TEL : 03-6858-0133

東京都教育・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検証委員会設置要綱

平成28年5月24日28福保子保第597号
改正 令和5年6月20日5福保子保第1131号

第1 目的

東京都内の認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業（以下「認可外保育施設等」という。）における子供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供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し、提言を行うことを目的として、東京都教育・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検証委員会（以下「検証委員会」という。）を設置する。

第2 所掌事務

検証委員会は、前項の目的を達成するため、次に掲げる事項を所掌する。

- 1 東京都から報告を受けた認可外保育施設等における死亡事故等の重大事故について事実関係を明確にし、問題点及び課題の抽出を行うこと。
- 2 事故の問題点及び課題を踏まえ、実行可能性を勘案しつつ、再発防止のための提言をまとめ、東京都に報告すること。
- 3 その他目的達成に必要な事項に関すること。

第3 構成

検証委員会の委員は、保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある有識者で構成し、福祉局長が委嘱する。

第4 委員の任期

検証委員会の委員の任期は、二年とし、欠員を生じた場合の補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。ただし、再任を妨げない。

第5 委員長及び副委員長

- 1 検証委員会に委員長及び副委員長を置く。
- 2 委員長及び副委員長は、検証委員会に属する委員が互選する。
- 3 委員長は、検証委員会の事務を総理する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐する。委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を代理する。

第6 招集等

- 1 検証委員会は、委員長が招集する。
- 2 委員長は、必要に応じて検証委員会に委員以外の者の出席を求め、又は他の方法で意見を聴くことができる。

第7 会議の公開等

検証委員会は、個人情報保護の観点から、非公開とする。ただし、検証の概要及び提言を含む報告書は公表するものとする。

第8 守秘義務

委員は、正当な理由なく、その職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

第9 事務局

検証委員会の庶務は、福祉局子供・子育て支援部保育支援課において処理する。

第10 その他

この要綱に定めるもののほか、検証委員会の運営に関して必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年5月31日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年7月1日から施行する。