

大津市教育・保育施設等における
重大事故の再発防止のための検証委員会
報告書

平成31年3月
大津市教育・保育施設等における
重大事故の再発防止のための検証委員会

目次

はじめに	1
第一章 大津市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会について	
1 大津市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会設置の基本的な考え方	2
2 本委員会の委員構成	4
3 本委員会の開催経過	4
4 本委員会における議論の進め方	5
第二章 事案の概要・経緯	
1 検証事案の概要等	
(1) 検証事案の概要	6
(2) 施設の概要	6
(3) Aさんに関する情報	6
2 事案発生状況	
(1) 事案発生当日の状況	8
(2) 事案発生時の保育室内の状況	9
(3) 事案発生後の対応状況	10
3 保護者の疑念や疑問の検証	13
第三章 本事案の原因に関する本委員会の見解について	
1 医学的な死因について	16
2 クラス担当保育士が午睡中のAさんの異変に気付くことができた可能性について	17
3 異変を感知してからの対応について	18
4 就眠時の観察について	18
第四章 課題の考察について	
1 教育・保育施設と保護者との日常的な情報の共有方法について	20
2 教育・保育施設とその他の機関との情報の共有方法について	20
3 小児期における疾患に関する情報収集について	20
4 小児医療について	21

第五章 再発防止策の提言について

- 1 子どもの健康状態の把握と情報の共有に関する提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 2
- 2 小児期特有の疾患対策に関する提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 3
- 3 小児医療に関する提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 3
- 4 子どもの就眠中の観察に関する提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 4
- 5 保育室等へのビデオカメラの設置に関する提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 4

おわりに・・ 2 5

資料

- ・平成28年3月31日付け、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
- ・大津市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会条例

はじめに

平成26年7月22日に、市内の認可保育施設において、4歳3カ月の児童が保育中に体調の急変を起こし、救急搬送後、医療施設において死亡するという大変痛ましい事故が発生しました（以下「本事案」といいます。）。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。

大津市では、亡くなられた児童の保護者から、平成29年2月24日に本事案について、検証委員会を設置して原因等を明らかにしてほしいとの申し出があったことを受けて、平成28年3月31日付内閣府子ども・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」及び「大津市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会条例」（以下「条例」という。）に基づき設置された、「大津市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会」（以下「本委員会」といいます。）において、再発防止策を検討することとしたものであります。

本委員会では、施設の関係者、クラス担当保育士及び保護者からの聞き取り調査や当時の関係資料をもとに可能な限りの分析等を行い、このような痛ましい事故が二度と発生しないことを祈りながら再発防止策をまとめました。

平成31年3月

大津市教育・保育施設等における重大事故の
再発防止のための検証委員会
委員長 土田 美世子

第一章 大津市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会について

1 大津市教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための検証委員会設置の基本的な考え方

本委員会は、平成25年4月26日から始まった子ども・子育て会議からの付託により、同会議の下部組織として、平成26年9月8日付で発足した「教育・保育施設等における重大事故の再発防止等に関する検討会」（以下「検討会」という。）が公表した平成27年12月21日付「教育・保育施設等における重大事故の再発防止等に関する検討会最終とりまとめ」（以下「最終とりまとめ」という。）に記された「事故の再発防止のための事後的な検証」を具体化するための方策としての「地方自治体における検証」を実践するために設けられたものである。

こうした位置づけで設けられた本委員会が、本事案について調査・審議・答申を行うこととなったのは、死亡した児童（当時4歳3カ月）（以下「Aさん」という。）の保護者（親権者父母）^{※1}が、平成29年2月24日、大津市に対し、本事案について、本委員会による調査・審議を希望する旨申し出たからである。そこで、大津市長は、本委員会委員長に宛てて、平成29年7月27日付「市内認可保育園における死亡事故の原因等及び再発防止策について」（大福福第250号）を発出した。同書における諮問事項は、「平成26年7月に本市認可保育施設において、4歳3カ月の児童が午睡中に意識不明となり、その後死亡が確認された事案に係る原因等及び再発防止策について」とされた。

本委員会が、本事案にかかる調査・審議を行い、前記諮問に対する答申を行うに際しては、最終とりまとめに謳われた「検証は、教育・保育施設等における子どもの死亡事故等について、事実の把握を行い、死亡した・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い、必要な再発防止策を検討するために行う。」との基本的な考え方に拠ることが必要である。この点、検討会の議事録等に拠れば、従前の重大事故においては必ずしも保育施設等が十分な情報提供を行わず、結果として、事故の状況など何も分からないまま、当事者である子どもやその保護者が苦悩するといった例があったとされているところ、今後そのようなことのないよう、第三者による徹底した調査と事実解明を目指すべきであるとの趣旨を表現したものと解される。もちろん、本委員会でも、こうした趣旨に則り、可能な限りの調査と事実解明に努めてきたところである。

しかしながら、子どもの死亡事故等の発生原因の検証においては、こうした視点とともに医学的な死因等を核心とする科学的・客観的な分析・判断を基軸とすべきであることも忘れてはならない。再発防止の観点からは、少なくとも当該死亡事故の科学的機序が明らかとさ

れる必要があり、検討会においてもそうした観点から欧米におけるチャイルドデスレビュー制度※₂への言及がなされている。

ただ、他方で、こうした科学的・客観的な分析・判断によるだけでは、事故当時の医療水準や保育者として備えておくべき知識経験の水準等に照らし、「防ぐことのできない死」であった、すなわち直接的な発生原因との関係では保育施設等に過失は認めがたいという遺族にとっては必ずしも納得し難い結論に至る場合があり得る。

しかし、そうした直接的な発生原因論とは別に、事故以前から発生までの保育の状況及び自治体による指導監査の状況等から事故の背景要因をも明らかにし、当該背景要因の分析から有効な再発防止策を検討することも必要である。こうした考えが、最終とりまとめの「死亡した・事故にあった子どもやその保護者の視点に立って」ということにもつながることになると解される。

以上のことから、本委員会としては、大津市長からの前記諮問に答申する姿勢として、本事案につき、第一に可能な限り医学的（科学的・客観的）な観点からAさんの死因を探求することを通じて、当該観点からの再発防止策を提言することのみならず、第二に医学的（科学的・客観的）な死因とは切り離れたものであっても、総合的な保育施策を含む背景要因にまで検討対象を広げたうえ、再発防止のために有益と考えられる提言にも可能であれば及ぶことが、前記の「死亡した・事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って」検証を行うとされた趣旨に沿うものであると解した。

なお、「死亡事故」の用法については、最終とりまとめにおいて、「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を行う。」とされたことに照らし、本報告書においても同義のものとして取り扱うこととする（端的にいえば、病死であっても「死亡事故」に含めるということである）。

※₁：本報告書では、親権者を含めご家族について「保護者」と表現する。

※₂：本委員会では、以下のような指摘もあった。すなわち、我が国の小児医療学界における積年の課題の一つに、新生児ないし乳児（0歳児）死亡率は世界最高水準にあるにもかかわらず、幼児（1～4歳児）死亡率が他の年齢階層と比較して突出して高いということがあり、この幼児死亡率の改善を図ることが我が国における就学前の子どもの命と健康を守る取り組みに直結するとの指摘である。

2 本委員会の委員構成

本委員会の委員は、条例第5条第1項に基づき以下の委員により構成した。委員長は、条例第7条第1項の規定に基づき、委員の互選により土田美世子委員が選出され、委員長職務代理者は、条例第7条第3項の規定に基づき片山聡委員が指名された。

氏名	役職名	所属
岡田 清春	医師	滋賀県医師会
○ 片山 聡	弁護士	滋賀弁護士会
◎ 土田 美世子	大学教授	龍谷大学
那須 弘毅	保育関係者	滋賀県保育協議会
三木 憲明	弁護士	大阪弁護士会

(五十音順) ◎は委員長、○委員長職務代理者

また、今回対象となった事案の検証においては、小児神経に対する医学的な専門的知見を有する者の意見が必要となったことから、以下の者を条例第6条第1項の規定に基づく専門委員とした。

氏名	役職名	所属
竹内 義博	特任教授	滋賀医科大学

3 本委員会の開催経過

本委員会の開催は、次の日程と内容により開催した。

開催日	内容
平成29年 7月27日(木)	●第1回委員会 本委員会の目的について確認、委員長の互選、委員長職務代理者の指名、事案の概要説明、本委員会の今後のスケジュール決定
8月20日(日)	●第2回委員会 事案発生施設の視察、施設関係者からの聞き取り
9月14日(木)	●第3回委員会 保護者からの聞き取り
11月2日(木)	●第4回委員会 専門委員の委嘱、専門委員による講義、課題の整理と原因の分析
12月7日(木)	●第5回委員会 クラス担当保育士からの聞き取り
平成30年 1月11日(木)	●第6回委員会 報告書(案)の検討

2月15日（木）	●第7回委員会 報告書（案）の検討
3月29日（木）	●第8回委員会 報告書（案）の取りまとめ
4月29日（日）	●第9回委員会 報告書（案）の取りまとめ

○平成30年7月27日（金）

保護者から事案発生当時の警察による実況見分調書等の提出があり、当該資料の取り扱いを協議するため、改めて委員会を開催し協議することとなった。

提出された資料は、Aさんの保護者が原告となり、B保育園及び当時のクラス担当保育士を被告とする損害賠償請求訴訟の審理の中で裁判所の文書送付嘱託により検察庁から提出のあったものである。

7月28日（土）	●第10回委員会 提出された資料の取り扱い及び報告書（案）の検討
9月26日（水）	●関係者への聞き取り 提出された資料についてのクラス担当保育士、施設関係者への聞き取り
11月4日（日）	●第11回委員会 報告書（案）の取りまとめ
12月8日（土）	●第12回委員会 報告書（案）の取りまとめ

個人情報保護の観点から、第2回委員会以降の委員会は、「大津市附属機関等の設置及び運営に関する指針」第5に基づき、委員会の決定により非公開で実施するものと決定した。

4 本委員会における議論の進め方

大津市の作成した報告書（私立保育園園児死亡事案報告書）及び平成26年8月にB保育園から大津市に提出された報告書をもとに、B保育園の保育室の現地確認を行い、保育園関係者（園長、保育主任、当時のクラス担当保育士）やAさんの保護者から聞き取りを行った。またAさんのカルテや母子手帳など、Aさんの保護者からの資料提供を受け、できるかぎりの状況把握に努めた。

なお、事案発生当時、警察当局が園関係者から事情聴取等を行っていたことから、所轄署に対して、当時の資料提供を依頼したが、協力を得ることはできなかった。

第二章 事案の概要・経緯

1 検証事案の概要等

(1) 検証事案の概要

今回の事案は、平成26年7月に大津市内の認可保育園（以下「B保育園」という。）において、当時4歳3カ月のAさんが、午睡中に意識をなくし、救急搬送された医療施設で死亡が確認された事案である。

(2) 施設の概要

B保育園の施設概要は、次のとおりである。なお数値情報は、特に記載がない限り事案発生当時の情報である。

項目	情報
施設種別	認可保育園
法人形態	社会福祉法人
施設定員	150人
保育士等の配置数	園長1人、副園長1人、保育士21人（うち産休1名・育休1名）、保育士兼看護師1名、栄養士3人、調理員1人、事務員1人 Aさんの在籍クラス担当体制：3人 ※保育士の配置は、大津市児童福祉法に基づく児童福祉施設の設備及び運営に関する基準を定める条例に基づいて、満3歳以上満4歳に満たない園児概ね20人に1人以上であり、B保育園は当該基準を満たしている。
入所児童数 ※平成26年6月1日現在	161人（0歳：3人、1歳：20人、2歳：27人、3歳：39人、4歳：38人、5歳：34人） Aさんの在籍クラス（3歳児クラス）児童数：39人（うち障害児1人）

引用文書等 平成26年度 社会福祉施設指導監査資料

(3) Aさんに関する情報

Aさんの情報は、次のとおりである。

項目	情報
B保育園 入所年月日	平成23年4月1日
年齢	4歳3カ月（事案発生当時）
身長・体重	身長：99.8cm 体重：16.5kg（平成26年3月12日現在）

特記事項	平成23年6月（1歳1カ月）に初回の熱性けいれんを発症した後、事故発生時まで複数回の熱性けいれん（疑いも含む）を発症している。
------	---

2 事案発生の状況

(1) 事案発生当日の状況

事案発生当日の状況は、次のとおりである。

平成26年7月22日

時刻	内容
8:20	Aさんが父親と登園。少しぐずるが、すぐに落ち着き、荷物の整理を行った後、室内でブロック等座って遊ぶ。
10:05～ 10:25	在籍クラスはプール遊びを行うが、Aさんは水いぼが見受けられたため、木陰において水鉄砲などで遊ぶ。
10:30	他児と一緒に着替えを行う。
	紙芝居や季節の歌を友だちと一緒に楽しむ。
11:20	食事準備を行う。(手洗い、トイレ)
11:40	昼食を摂る。(食欲あり、全量摂取。機嫌良好。)
12:30	午睡準備を行う。(歯磨き、パジャマに着替える)
13:00	午睡を開始する。(寝付きよく、すぐに入眠) ※クラス担当保育士3名のうち、1名は職員室へ、残る2名が保育室内にて連絡帳の確認や壁面作成などの作業を行い、寝返りや咳き込み、うつぶせ寝があったときは、園児のところへ行き対応を行っていた。(クラス担当保育士の聞き取りから)
14:15 頃	午睡が終わる15分程度前にAさんの斜めに寝ていた園児が泣きながら起きたのでその対応を行ったが、Aさんに異変があるとは感じなかった。(クラス担当保育士の聞き取りから)
14:30	クラス担当保育士が異変に気づき、医務室へ搬送する。(意識・呼吸なし、口唇チアノーゼあり)
14:32	119番通報を行いながら心臓マッサージを開始。父親に電話連絡を入れるもつながらず、母親に電話連絡を行う。
14:45	救急車到着。心肺蘇生を行いながら医療施設へ搬送。父親と連絡が取れる。
15:00	救急搬送先の医療施設に到着する。
15:00	保育園と医療施設で警察による事情聴取と現場検証が行われる。
15:20	父親が搬送先の医療施設に到着する。
15:45	母親が医療施設に到着する。
16:05	搬送先の医療施設で死亡が確認される。

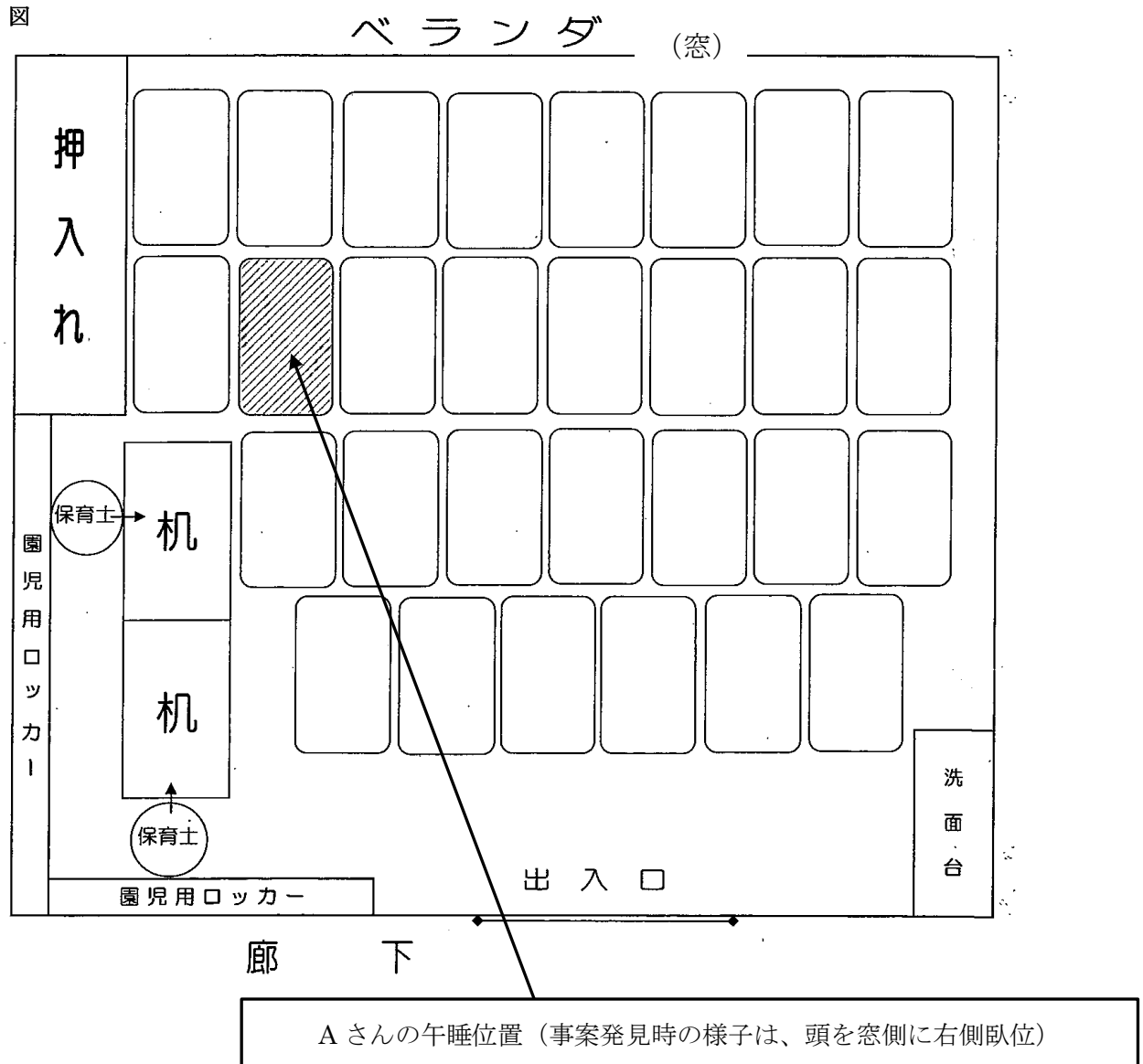
引用文書等

- 1 大津市作成「私立保育園園児死亡事案報告書」
- 2 平成26年8月19日付け B保育園が作成し、大津市へ提出した報告書

3 第5回委員会で本委員会がクラス担当保育士へ聞き取った内容

(2) 事案発生時の保育室内の状況

私立保育園園児死亡事案報告書には、事案発生時の保育室内の状況は以下のとおりであったと記録されている。



(3) 事案発生後の対応状況

事案発生以降の状況は、次のとおりである。

平成26年7月22日

15:00	救急搬送直後より、B保育園と医療施設で警察による事情聴取と現場検証が行われる
18:50※	B保育園が天津市（保育幼稚園課長）へ電話で事案発生について報告。 ※天津市が作成した「私立保育園園児死亡事案報告書」には18:55とある。
20:30	B保育園園長、副園長、主任保育士がAさん宅を訪問し、Aさんの保護者が応対する。

平成26年7月23日

9:00～	天津市役所で天津市幼児政策課、保育幼稚園課に対してB保育園の主任保育士から、以下のとおり事実関係や経過の報告（確認）等が行われる。 ・7月22日の20:30頃Aさん宅を訪問し玄関先で10分程度話した。 ・保護者からは「お世話になりました」との言葉があった。 ・9:30から司法解剖が始まる。 ・11:00頃には保護者がその結果を聞くこととなっており、結果をB保育園へ報告していただくようお願いしている。 市担当者からは、保護者説明や報道対応について、保護者の意向を確認するように助言した。
午前中	天津市から厚生労働省と滋賀県へ事案発生を報告する。
13:30	天津市の担当課から天津市長へ以下のとおり事案の報告を行った。 ・現時点では、司法解剖の結果報告はない。 天津市長から担当課へ以下のとおり指示が行われた。 ・原因を確認すること。 ・天津市として行わなければならないことを検討すること。
15:00	B保育園から保護者（父親）へ以下の点につき電話連絡により確認した。 ・司法解剖の結果を確認。 ・葬儀の日程、保育園保護者や報道関係への公表の可否等。
15:33	B保育園から天津市幼児政策課へ以下のとおり電話で報告を行った。 ・司法解剖の結果、「熱性かどうかは分からないが、けいれんが起こったことによる吐しゃ物による窒息であろう。」「断定ではないが、可能性として」と医師が話した旨、保護者から報告を受けた。 ・「あった事実は、他の保護者へ知らせてもらってよい」と保護者が話された。
—	天津市福祉子ども部長が、天津市長に対し、以下のとおり報告した。 ・警察の現場検証等の結果、事件性はない。 ・保護者は、報道関係には伏せてほしいとの意向である。
16:00	天津市幼児政策課がB保育園に対して、他の保護者あて文書の文面などの内容

	を指導する。
—	B 保育園から他の保護者に対して事案の発生を文書により通知。 保護者会四役会を開催し、後日開催の園行事の中止を決定する。
20:00	通夜。B 保育園園長、副園長、主任保育士、クラス担当保育士 3 名、保育士 5 名が参列する。

平成 26 年 7 月 24 日

8:30	葬儀。B 保育園園長、副園長、主任保育士、クラス担当保育士 1 名が参列する。
18:30	市役所において、大津市幼児政策課に対して、B 保育園の主任保育士が以下のとおり報告を行った。 ・他の保護者から説明会の開催を求める声がある。 ・後日開催予定の園行事は中止した。 これに対し、大津市は、以下のとおり指導した。 ・説明会の開催については、遺族の意向を確認したうえ、早急に開催したほうがよい。 ・B 保育園から市に事故報告書を提出。

平成 26 年 7 月 26 日

14:00	B 保育園が緊急職員会議を開催する。
16:30	B 保育園園長、副園長、主任保育士が A さん宅を訪問する。A さんの保護者が応対する。

平成 26 年 7 月 28 日

9:50 頃	B 保育園主任保育士が大津市幼児政策課へ以下のとおり報告する。 ・7 月 26 日に職員会議を開催し、A さんと同様の事案が発生した場合の対応を職員で共通認識した。 ・7 月 29 日に保護者説明会を開催する。
—	B 保育園が保護者説明会を開催する文書を配布する。当日欠席した園児の保護者へはメールで配信する。

平成 26 年 7 月 29 日

19:00	B 保育園が保護者説明会※を開催する。 ※私立保育園園児死亡事案報告書には「緊急保護者会」とある。
-------	--

平成 26 年 7 月 30 日

—	B 保育園が保護者説明会欠席者に対して、説明会の内容を文書で通知する。
9:20 頃	B 保育園の主任保育士が、大津市幼児政策課に対し、保護者説明会について以下のとおり報告する。 ・参加者は、約 100 名であった。 ・AED に関する件で質問があり、B 保育園に設置ができていないことになぜかという声が数人から出た。B 保育園としては、一日も早く設置する方向で検討すると答えた。

平成26年8月2日

15:30	B保育園主任保育士がAさん宅を訪問する。Aさんの保護者が対応する。
-------	-----------------------------------

平成26年8月6日

—	公立保育園長会で大津市（幼児政策課）が事案の報告を行い、園児の健康管理及び危機管理体制の強化を周知する。
---	--

平成26年8月7日

—	民間保育園長会で大津市（幼児政策課）が事案の報告を行い、園児の健康管理及び危機管理体制の強化を周知する。
---	--

—	大津市幼児政策課が公立・民間保育園を対象に「疾患のある子どもへの対応についての調査（依頼）」を実施。
---	--

—	大津市幼児政策課が民間保育園を対象に「AEDの設置状況」について調査を実施。
---	--

平成26年8月14日

18:40	B保育園園長、副園長、主任保育士がAさん宅を訪問する。Aさんの保護者が対応する。
-------	--

平成26年8月18日

16:30	Aさんの保護者がB保育園を訪問する。B保育園副園長、主任保育士、クラス担当保育士3名が対応する。
-------	--

平成26年8月21日

—	B保育園が大津市福祉子ども部長あてに報告書（8月19日付け）を提出する。
---	--------------------------------------

平成26年10月6日（書面に記された日付）

—	B保育園に対してAさんの保護者が質問書を発出する。
---	---------------------------

平成26年10月25日（書面に記された日付）

—	B保育園が10月6日付けの質問書に対する回答文書を発出する。
---	--------------------------------

平成26年11月20日

—	大津市幼児政策課が「私立保育園園児死亡事案報告書」を取りまとめる。
---	-----------------------------------

平成27年2月16日（書面に記された日付）

—	B保育園に対してAさんの保護者が質問書を発出する。
---	---------------------------

平成27年4月25日（書面に記された日付）

—	B保育園が2月16日付けの質問書に対する回答文書を発出する。
---	--------------------------------

引用文書等

- 1 大津市作成「私立保育園園児死亡事案報告書」
- 2 平成26年8月19日付け B保育園が作成し大津市へ提出した報告書

3 保護者の疑念や疑問の検証

本委員会では、Aさんの保護者が抱いている疑念や疑問に関しても、B保育園園長や主任保育士、当時のクラス担当保育士からの聞き取りを通じて、改めて確認を行った。

委員会が保護者、保育園長、主任保育士、クラス担当保育士から聞き取った内容は、次のとおりである。聞き取りから得られた内容に照らしても、保護者が抱く疑念や疑問を払拭するには至らなかったため、本委員会としては「保護者の疑念や疑問内容」と対応する「B保育園関係者から聞き取った内容」を併記するにとどめる。

内 容	保護者の疑念や疑問内容	B保育園関係者から聞き取った内容
保育室内でのクラス担当保育士の位置関係について	保護者が保育園から当初受けた説明では、「Aさんの布団が敷かれていたのは窓際から2列目の壁から2列目。先生方の机は出入り口近くにあり、Aさんが壁側を向いて寝ていたのでそこからは様子が見えなかった。」というものであったが、その後、書面による質問に対する回答では、午睡中の位置関係を示した図から、「保育士は、Aさんの比較的近くにいた。」とあった。 警察当局が行った報告書（平成 26 年 7 月 22 日付け）の事案発生当時の状況を再現した写真からは、ロッカーと机の間に保育士の座るスペースがあるとは思えない。よって、保育園側の説明とは異なる場所に保育士が座っていたと考える。	B保育園に確認したところ、「保育園として、途中で説明を変えたという認識はなく、当初から保護者からの質問状の回答どおり（9ページの図に示すと通りの保育士の配置）の説明を行っていた。」ということであった。 クラス担当保育士の聞き取りでも、報告書（私立保育園園児死亡事案報告書）に記載されている内容と一致しているものであった。 事情聴取を受けた保育士に確認したところ、「事案発生当時の場面を再現した際、厳密な再現が必要との認識がなかったため、ロッカーと机の間に座る場所がない配置になっていることについては気が付かなかった。当時の実際の配置についてはこれまでの説明どおりである。」ということであった。
クラス担当保育士が見回りを含め午睡中にどのような業務を実施していたかについて	90分という時間の間、クラス担当保育士（3名）がどのような業務を実施していたのかの詳細な説明がなされていない。	B保育園に確認したところ、「保育室にいた2名は、園児の様子を観察しながら帳面の記入や壁面での作業を行い、咳き込んだり動いたり、寝返りやうつぶせ寝をした児童の傍に足を運んで様子を見ていたと認識している。」ということであった。 クラス担当保育士に確認したところ、概ねB保育園と同様の内容であった。また聞き取りの際「事案発生当日は、午睡中

		にクラス担当保育士がトイレに立つこともなかった。」ということも話された。
午睡中及び午睡に至るAさんの様子について	当初受けた説明では「クラス担当保育士の机は出入り口近くにあり、Aさんが壁側を向いていたため、様子が見えなかった。」と説明を受けたが、後の回答には「比較的近くにいたので、Aさんが寝返りや咳をすれば気がついたと思うが、Aさんの寝返りや咳をするなどの異変を感じたものはいなかった。」「当日は静かな状況の中であったため異変があれば感じたものと思われる。」とあった。 せめて、30分に1回でも見回りをしていたら、発見できたのではないか、少なくとも90分間放置という状況にならなかったのではないか。	B保育園に確認したところ、「クラス担当保育士の机は出入り口近くにあり、Aさんが壁側を向いていたため、様子が見えなかった。」という説明をしたことはなく、当初から保護者からの質問状の回答どおり（9ページの図に示すとおり保育士の配置）の説明を行っていた。」とのことであった。 クラス担当保育士への聞き取りでも回答にある内容と一致していた。また一人のクラス担当保育士は、「午睡が終わる15分前にAさんの斜めに寝ていた園児が泣きながら起きたのでその対応を行ったが、Aさんに変った様子は見られなかった。」ということも話された。 事案発生当日のAさんの健康状態について、体調が悪い様子はなく、午睡に至るまで普段の様子と異なることがなかった。
パジャマ、及び敷布の汚れについて	事案発生当時、警察当局が行った検視調書（平成26年7月22日付け）の写真撮影報告書の中に、敷き布団に付着した吐物の跡を撮影し、「・・口元に白っぽい吐物を付着させた死者を発見し、・・」との記述がある。これらは、Aさんの意識がないことに気づいた際の保育園側の説明とは異なる。保育園側で洗濯して返したのは、吐物の跡をなくす意図があったのではないか。	B保育園及び聴取を受けた保育士に確認したところ、「発見当時、Aさんの口元に透明なよだれがあったのは覚えているが、午睡時に子どもがするようなよだれであり、白っぽい吐物が付着していた記憶はない。警察官に、洗濯前のシーツを渡したが、吐物の跡等は確認を受けなかった。また、敷布を洗濯したのは、Aさんの失禁でぬれていたため、通常おねしょをした後は軽く洗濯してから保護者に返しているため、同様にした。」とのことであった。
事案発生後のB保育園の対応について	説明を希望する際には、保護者側から働きかけがなければ対応されず、B園側からの働きかけは何もなかった。	B保育園から市に対する報告の中に、保護者と複数回接触した日が記載されている。B保育園に確認したところ、「B保育園としては、事案発生当日より大津

	<p>保護者説明会の開催もその説明会での内容も保護者には伝えることなく、事案発生後3年経過した今も何の説明もない。</p>	<p>市への報告を行い、その指導のもと適切に行ってきた、また、保護者説明会の内容も大津市の指示どおりどこまで話してよいかをAさんの保護者へ確認し、『起こった事実は話していい。』との了承を得て開いている。」とのことであった。</p>
<p>報道機関への公表について</p>	<p>保護者の意向として、「報道関係には伏せておいてほしい」と市に伝えていたことについては、保護者の意向とは違う。</p> <p>情報の開示に関しては、最初から今まで、ことがことだけに積極的に出していくべきではないが、人に聞かれたりした場合は、それに答えるなどして情報が出ることはかまわない、とのスタンスである。</p>	<p>B保育園に確認したところ、「報道機関への開示（公表）については、大津市の指導のもとB保育園からAさんの保護者へ確認した。その確認の中でAさんの保護者より『マスコミには出さなくていい。』と聞いたので公表しなかった。」とのことであった。</p>

第三章 本事案の原因に関する本委員会の見解について

本委員会では、本事案の原因を分析するにあたり、関係者への聞き取りだけでなく、死体検案書や救急出動報告書、救急搬送先医療施設のカルテ等の客観的な資料を確認したが、原因の明確な確定にいたることはできなかった。以下の各項では、本委員会における原因分析の経過ないし議論状況を記載する。

1 医学的な死因について

(1) ①Aさんは、出生後から死亡に至るまでの間に少なくとも10回の「熱性けいれん(疑いを含む)」の発症が見られる。そのうち、事案発生前の7月9日には、午睡明けにトイレに行こうと歩きかけて突然意識を失い倒れている。

②熱性けいれん自体は、直接的に死に至らしめる病ではないが、Aさんの「熱性けいれん」は、Aさんの受診記録や7月9日の発作の状況また児童表等の記録から一般に良性の経過をとる「単純型熱性けいれん」ではなく、場合によっては投薬(応急投与や持続内服)の必要性も考慮される「複雑型熱性けいれん」である。

③Aさんの「熱性けいれん」時しばしば見られた「おう吐」や、Aさんの死因と検案されている「けいれん発作(推定)による吐物吸引」などの症状に照らすと、Aさんが「てんかん」を発症していた可能性もある。

④一般的に呼吸困難に陥った人間は、就寝中であっても、「もがく」などの生物の本能としての身体的防御反応を示すことが通常であるが、クラス担当保育士からの聞き取りでは、「午睡が終わる15分前にAさんの斜めに寝ていた園児が泣きながら起きたのでその対応を行ったが、Aさんに変った様子は見られなかった。」とのことであった。

(2) 本委員会の見解

上記のように、Aさんは嘔吐と意識障害を伴った発作(複雑部分発作)が原因で亡くなった可能性が高く、意識障害による覚醒反応の低下、嘔吐等の自律神経症状、呼吸困難を伴わない無呼吸(低酸素血症や高炭酸ガス血症に対する正常反応の欠如)等の要因がAさんの死亡に関連していると考えられる。繰り返す「複雑型熱性けいれん」においても予期せぬ突然死は起こり得る。

予期せぬ突然死として、我が国で相当程度認知度のあるものは「乳幼児突然死症候群(SIDS)」であるが、Aさんは本件事案時4歳3カ月であり、本来的には1歳未満児にしか診断を下せないSIDSには該当しない。しかし、我が国での認知度は未だ低いものの、欧米では子どもの突然死に関して「予期せぬ小児突然死(SUDC)」や「てんかんにおける

突然死（SUDEP）」といった、本件事案時4歳3カ月であったAさんに対しても診断され得る突然死の類型も提唱されており、基礎的研究も進んでいるようである。

※『てんかん学用語辞典 改訂版第2版 2017年12月20日』一般社団法人日本てんかん学会

2 クラス担当保育士が午睡中のAさんの異変に気付くことができた可能性について

(1) ①Aさんは7月9日（水）に熱性けいれんを発症し、1週間休むとのことだったが、1週間を待たずに7月14日（月）に登園した。登園後数日間ほこまめに検温し体調観察も丁寧に行った。その後連休（7月19日（土）から7月21日（月））を挟み、事案発生当日まで体調が悪い様子もなかった。

②事案当日のAさんの健康状態について、保護者への聞き取りなどによれば保護者は、「Aさんが病後であるため、B保育園はその事実に基づいた保育を行っていただけのもの」と認識していた。」とのことであったが、連絡帳にはAさんの体調に関する記載はなかった。

③事案当日は、保護者から健康状態についての連絡はなく、プールカードにも平熱で水遊びが可と記入されていたこと、さらに、事案発生当日の午睡にいたるまで特に普段の様子と異なるところがなかったことなどから、クラス担当保育士は、Aさんが平常通りの健康状態であるとの認識だった。

④午睡中のAさんの状況について、タオルケットなども大きく乱れた様子はなく、また何度も動いたり咳き込む等物音を立てたりするような姿はなく、異常は感じなかった。

⑤事案発生当日のクラス担当保育士は、午睡中に園児の様子を観察しながら帳面の記帳などの業務を行い、変化のあった園児がいた場合は、その園児の傍に足を運んで様子を見ていた。

⑥午睡が終わる15分程度前にAさんの斜め（窓側から1列目の押入れから3番目の位置）に寝ていた園児が泣きながら起きたのでクラス担当保育士2名でその対応を行ったが、Aさんに変った様子は見られなかった。

⑦当日は、クラス担当保育士2名とも保育室から出ることはなく、業務を行っていた。

(2) 本委員会の見解

事案発生当日、Aさんが登園時ぐずっていたことについて保護者から口頭で伝えられたものの、その後は園で落ち着いて過ごしていたこと、Aさんの体調に関しては、保護者からは口頭もしくは連絡帳への記載による特段の指摘がなかったこと、午睡中や入眠時のAさんの様子は平常どおりだったこと、一般的に呼吸困難に陥った人間は、就寝中であっても、

「もがく」などの生物の本能としての身体的防御反応を示すことが通常であるが、Aさんの午睡中にはそのような反応が認められなかったこと等の事情に鑑みれば、保育士がAさんの異変に気付くことは困難であったと考えられる。

3 異変を感知してからの対応について

(1) 事案発生時は、異変に気付いてから、クラス担当保育士が職員室に知らせに走るとほぼ同時に、もう一人のクラス担当保育士がAさんを抱えて医務室に連れて行っている。看護師資格を持つ保育士が様子を確認して、119番通報（感知してから2分後）を行い、クラス担当保育士が心臓マッサージを行っている。

(2) 本委員会の見解

B保育園は、Aさんの異変を感知（14時30分）した2分後には胸部圧迫法による心肺蘇生を開始し、これを継続しながら救急隊（通報14時32分、現場到着14時42分）に引き継いでおり、緊急時の対応は、適切に行われていたと考えられる。

4 就眠時の観察について

(1) 本市では、乳幼児突然死症候群（SIDS）の対応のため、1歳未満の乳児及び2歳未満児のハイリスク児（アデノイドタイプの子、喉頭蓋が弱い子・仮性グループ、溢乳の多い子・その他気になる子）については、就眠時の状態（姿勢、呼吸、顔色など）を観察し、5分毎に記録^{※1}しているとのことであるが、その他の年齢の子どもに対しては、このような決まりはなく、児童福祉法に基づく指導監査時において、3歳未満児に対する就眠中の観察状況を聞き取り、10分毎の観察記録をとるように指導しているとのことである。

なお、事案発生当時の前月に、B保育園に対する児童福祉法に基づく指導監査が実施されていたが、就眠時の観察に関して、改善を求めるような指摘・指導の記載はない。

※1 要看護児の養護と救急対応マニュアル（平成23年度改訂版）大津市福祉子ども部保育課

(2) 本委員会の見解

Aさんは、事案発生当時3歳以上児（満4歳3カ月）であったことや事案発生当日のAさんの体調に関して、保護者から特段の指摘がなかったことなどから、要看護児の養護と救急対応マニュアルに基づく就眠時の観察対象ではなく、Aさんの就眠中における観察は、本市

のルールに照らして問題はなかったと認められる。

第四章 課題の考察について

第三章にあるとおり、本事案の発生原因については明確な結論を得られなかったものであるが、本委員会は、第一章第1項において述べた「最終とりまとめ」の趣旨に鑑み、以下のとおり課題の考察を行う。

1 教育・保育施設と保護者との日常的な情報の共有方法について

本委員会が実施した聞き取りでは、B保育園とAさんの保護者との間の日常の報告や連絡は、主に連絡帳で行われていたとのことであった。登・降園の園児の受け渡し時には、口頭による報告や連絡も行われていたが、送り迎えが早朝や延長保育の時間帯になることも多く、クラス担当保育士となかなか会えなかったということや、保護者の仕事が忙しいこともあり、保護者とゆっくり話す機会があまりとれなかったということであった。

本委員会は、教育・保育施設と保護者との報告や連絡については、連絡帳によるだけでなく、園児の受け渡しとともに行われる対面での報告や連絡を充実させること、教育保育施設内での情報共有を確実に行うことが、子どもに関する日常の細かな気付きの相互共有や、互いの信頼関係の構築に非常に重要なものとする。

2 教育・保育施設とその他の機関との情報の共有方法について

疾病等により、医療施設を受診した結果や病児保育施設を利用した際の保育状況などは、保護者を通じて教育・保育施設が知ることのできる情報であり、教育・保育施設がこれ以外の方法によりその情報を得ることは、個人情報保護法の規定により、原則不可能である。

本委員会は、切れ目のない子どもの健康管理を行うため、地方自治体や教育・保育施設が、入園（所）時に保護者から得る情報のほかに、必要に応じて病児保育施設や医療施設（かかりつけ医）、嘱託医から情報を得られることが重要とする。

3 小児期における疾患に関する情報収集について

本委員会が実施した聞き取りによると、関係者（保育関係者や保護者）の「熱性けいれん」に関する認識としては、「一般に良性の経過をとり、生命に関わる疾患ではない」という認識であるように思われた。しかし、熱性けいれんには、一般的に良性の経過をとる単純型熱性けいれんの他に投薬の必要性も考慮される複雑型熱性けいれんが存在することは、ほとんど認識されていないと思われる。

子どもの保育を行う者は、小児期の疾患に対して、幅広く情報を収集し、情報を得るようになる必要がある。

4 小児医療について

(1) 子ども（特に既往症を持つ子ども）について、「かかりつけ医^{※1}」がいることで、継続的に子どもの健康状態を診断することや、必要に応じて専門病院へ繋ぐことができる。国や医師会などの専門機関も、特に小児期における「かかりつけ医」機能の普及を促進することについて、その重要性が提言^{※2}されている中で、本委員会としても、小児期における「かかりつけ医」機能の普及を促進させていくことは、非常に重要なことと考える。

※1 『医療提供制度のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 平成25年8月8日』

※2 『平成28年度診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課 平成28年3月4日』

(2) B保育園での健康診断は定期的（年2回）に実施されているものの、Aさんの児童表の健康診断記録には、保育所嘱託医の所見の記録はなかった。

本委員会は、本事案のように同じような症状を繰り返し発症する場合などは、保育所嘱託医に助言を求めることができる仕組みなどの効果的な連携を図ることが重要であると考え

第五章 再発防止策の提言について

本委員会は、本事案の検証を通じて実施した原因分析や課題の考察を受け、保育中の児童が死亡するという不幸な事案が今後発生しないことを切に願い、子どもが健やかに保育される環境の実現に向けて、以下の提言を行う。

1 子どもの健康状態の把握と情報の共有に関する提言

子どもの健康状況は、突然変化することもある。子どもの保育（教育・保育施設が行う「集団保育」と保護者が行う「家庭保育」双方の概念を含む。（以下の項も同じ））を行う者は、自らが保育している時間の健康状態の把握はもちろんであるが、自らが保育していない時間についても子どもの健康状態を把握しておく必要がある。この観点より以下の提言を行う。

- ① 本市では、現在、子どもの健康状態について、入園（所）申し込み時に保護者からの聞き取りや母子手帳の確認を行うことで健康状態を把握し、その情報を教育・保育施設に伝えている。また、教育・保育施設では、入園前の説明会や保護者との面談を実施している。
地方自治体は、入園（所）時における子どもの健康状態を把握する仕組みが十分に機能を果たしているのかを検証した上で、的確に子どもの健康状態が教育・保育施設に伝わり、子どもたちの安全で安心な保育に繋がられるように必要な措置を講じること。
- ② 子どもの保育を行う者は、子どもの健康状態など、日々の様子について、確実にその情報を把握しておくことが必要である。また、クラス担任保育士が保護者と顔の見える関係性を構築することは、連絡帳などの紙面からでは伝えきれない気付きが得られることから大変重要である。
教育・保育施設は、保護者から取得したい情報や保護者に報告すべき情報は、確実に引き継ぐ体制やその仕組みを再構築するとともに、様々な場面をとらえて、クラス担当保育士と保護者が対面でコミュニケーションの図れる取り組みを強力に推進すること。
- ③ 教育・保育施設が健康管理に配慮すべき子どもを保育する場合は、普段から配慮すべき事項について、保護者だけでなくかかりつけ医からも情報を得られる仕組みや施設側から相談できる仕組みが必要と考える。
保育所保育指針では「保育中に体調不良や傷害が発生した場合には（中略）子どものかかりつけ医等と相談し、適切な処置を行うこと。」と規定している。

国や地方自治体は、前述したとおり、かかりつけ医から情報を得られる仕組みや相談などが確実に実施できるよう実効性のある取り組みを推進すること。

- ④ 病児保育施設と教育・保育施設との情報共有も含めた連携関係の構築は、子どもに対する切れ目のない健康管理を行う保育において有効である。

教育・保育施設は、病児保育施設利用後の登園時には、保護者から子どもの健康状態を聞き取るほか、病児保育施設からも保育の状況などの情報を得ることは重要である。

国や地方自治体は、こうした保護者からの情報の提供に加えて、病児保育施設からの情報提供が円滑に進められる仕組みを構築すること。

2 小児期特有の疾患対策に関する提言

子どもの保育を行う者は、小児期（0歳から就学まで）における疾患、特に突然死の可能性のある疾患について、最新の知見を有することで、考えられる対策を講じておく必要がある。この観点より以下の提言を行う。

- ・ 国や地方自治体は、研修会の開催などを主導することにより、全ての保育関係者の知識や技能の向上を図るとともに、保護者に対しても周知の取り組みを行うこと。

3 小児医療に関する提言

子どもの健康を守り健やかな成長を促していくためには、医療施設についてもその果たすべき役割は多い。この観点より以下の提言を行う。

- ① 「かかりつけ医」は、子どもの健康管理を行ううえで重要とされており※₁、子どもの保育を行う者は、その認識を深めることが重要である。

国や地方自治体は、医師会などと連携し、かかりつけ医の重要性について、これまで以上に分かりやすい情報発信に努め、周知・啓発を図ること。

※『保健医療2035提言書 平成27年6月 厚生労働省』

- ② 園医や保育所嘱託医は、子どもの健康診断などを通じて、教育・保育施設と連携し、子どもの健康管理などを行っており、その機能強化を図ることが子どもの健康管理に対してより有効に機能していくものとする。

国や地方自治体、教育・保育施設は、園医や保育所嘱託医の重要性を再認識するとともに、医師会などと連携し、その機能強化※₁について実効性のある仕組みを検討すること。

4 子どもの就眠中の観察に関する提言

教育・保育施設における死亡事故の多くは、就眠中に発生していることから、子どもの異変にいち早く気付くために以下の提言を行う。

- ・ 教育・保育施設における死亡事故の多くは、就眠中に起こっている。現在、1歳未満の乳児等に対しては、5分ごとの就眠時の状況を観察し、記録することとなっているが、就眠中における子どもの異変にいち早く気付くには、就眠中の観察をすべての年齢の子どもに対して実施することが確実な方法である。

教育・保育施設は、全ての年齢区分において、就眠中の定期的観察を実施し、その記録を残すように取り組むこと。また、国や地方自治体は、その取り組みを支援するために必要な措置を講じるようにすること。

5 保育室等へのビデオカメラの設置に関する提言

教育・保育施設にビデオカメラを設置することは、事故の防止の観点からも、事故原因を分析し、その後の予防措置を講じる観点からも有効であるので以下の提言を行う。

- ・ 施設内で起きた事実を正確に記録し、事故発生当時の状況等を客観的に把握するための一助として施設内に録画システムを導入することが必要と考える。

教育・保育施設等は、施設内の録画システムの導入を進めるとともに、国や地方自治体は、録画システムの整備に必要な財政措置及び録画システム運用に伴うプライバシー保護に向けたルール整備等必要な措置を講じること。

おわりに

1989年第44回国連総会で採択された『児童の権利に関する条約』では、保護者とともに児童に関わる全ての機関が、児童の最善の利益の実現に向けて取り組みを進めるべきことが述べられています。日本も1994年にこの条約に批准し、教育・保育施設も、子どもの最善の利益の実現をめざす機関として、再定義されました。

子どもは権利の主体者でありながら、その実現は、保護者をはじめとした社会の大人の権利擁護の取り組みに拠っています。本委員会は、委員全員がこの事実を自覚し、様々な観点から子どもの健康と安全に向けて「大人がなすべきこと」について真摯に検討してきました。本報告書が提言した再発防止策は、「子どもが健やかに保育される環境の実現に向けて」、全ての関係機関に向けた提言として行ったものです。

再発防止策については、本事案に対する介入的、予防的措置から提言としてまとめています。しかし、委員会の検討のなかでは、再発防止にむけてのプロモーション(保育、養育環境の向上)の重要性についても検討を行いました。例えば、保育事故に対する「保育の知」を職場で傳承するためにはベテラン保育士の増加が有効であり、その実現には保育士の処遇向上が欠かせないこと、また、病児保育の充実とともに、平成17年に法制化された「子ども看護休暇」がより取得しやすい社会全体での職場環境の醸成が必要であること等、プロモーションとして望まれる対策には限りがありません。

医療分野のプロモーションとしては、最新の医療知識を子どもの命に関わる者が速やかに得られる仕組みづくりが望まれます。比較的認知されている「乳幼児突然死症候群(SIDS)」だけでなく、「予期せぬ小児突然死(SUDC)」、「てんかんにおける突然死(SUDEP)」についての認知度を高めることも求められます。専門委員からは、SIDS、SUDC、SUDEPに関する知見を活用していく事は、Aさんの様な臨床経過や病態の解明だけでなく、今後の再発防止策を検討するためにも有用であることが指摘されました。

保育中の児童が死亡するという不幸な事案を繰り返さないためには、本報告書にある提言のみを実行に移せばいいというのではなく、全ての子どもの健やかな発達に向けて、国を始めとする様々な機関、一人ひとりの大人が、英知を重ね、不断の努力を継続していくことが必要だと考えます。本報告書にある再発防止策だけでなく、様々な知見に基づく研究成果などを集積することにより、大津市のみならず、全国の教育・保育施設における保育の質の維持・向上に資することを願ってやみません。

最後に、本事案の検証にご協力いただいた全ての方々に対して、本委員会を代表して感謝申し上げます。

平成31年3月

大津市教育・保育施設等における

重大事故の再発防止のための検証委員会

委員長 土田 美世子