

參考資料

府子本第191号
27文科初第1788号
雇児総発0331第6号
雇児職発0331第1号
雇児福発0331第2号
雇児保発0331第2号
平成28年3月31日

各都道府県民生主管部（局）長
各都道府県児童福祉主管部（局）長
各都道府県私立学校主管部（局）長
各都道府県教育委員会幼稚園関係事務主管部課長
各都道府県認定こども園担当課長
各都道府県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
各指定都市・中核市民生主管部（局）長
各指定都市・中核市児童福祉主管部（局）長
各指定都市・中核市認定こども園担当課長
各指定都市・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

殿

内閣府子ども・子育て本部参事官
（子ども・子育て支援担当）

（印影印刷）

内閣府子ども・子育て本部参事官
（認定こども園担当）

（印影印刷）

文部科学省初等中等教育局幼児教育課長

(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長

(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局職業家庭両立課長

(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課長

(印影印刷)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長

(印影印刷)

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、昨年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ところである。

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子どもや周囲の状況、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。

今般、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、検証の進め方等を別紙のとおり定め、平成28年4月1日から取り扱うこととしたので通知する。

今後、地方自治体において、本通知に基づき教育・保育施設等における子どもの死亡事故等の重大事故の検証が行われることにより、重大事故の再発防止に関する取組の進展が期待されるものである。

については、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。

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。

別紙

地方自治体による教育・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

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。）における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するために行う。

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

死亡事故（注）の検証については、事例ごとに行う。

（注）SIDS（Sudden Infant Death Syndrome：乳幼児突然死症候群）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。

なお、死亡事故以外の重大事故として国への報告対象となる事例の中で、都道府県又は市町村において検証が必要と判断した事例（例えば、意識不明等）についても検証を実施する。（本通知において、地方自治体が検証を行うものを「死亡事故等の重大事故」という。）

都道府県又は市町村が検証を実施する死亡事故等の重大事故以外の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、保護者や子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、下記の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 子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 利用子ども数
 - 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等、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、以下の表を参照すること。

○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

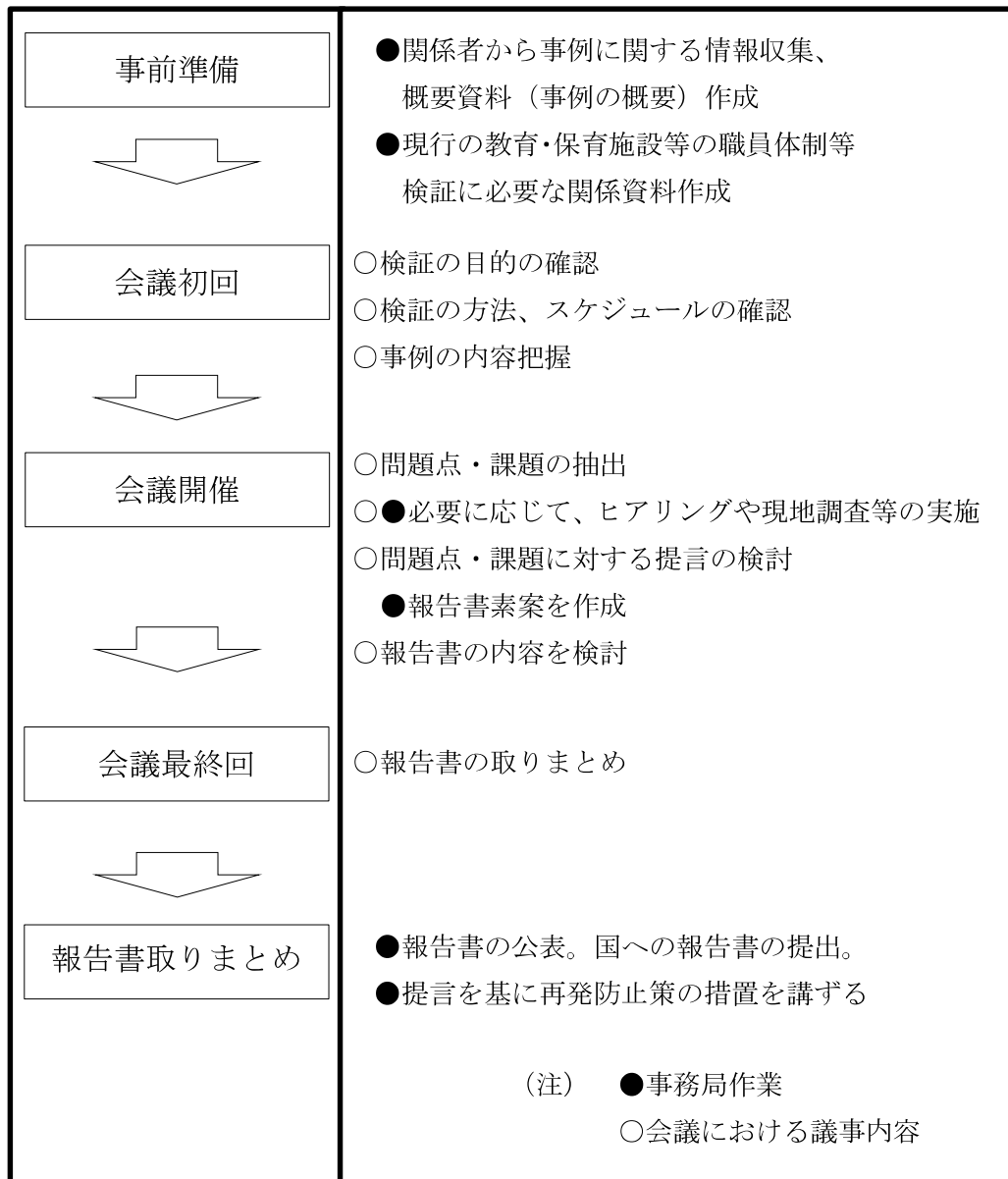
施設・事業	指導監査等の実施主体	根拠法	監査指針等
・特定教育・保育施設 ・特定地域型保育事業	市町村	子ども ・子育て 支援法	子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等の指導監査について（平成27年12月7日府子本第390号、27文科初第1135号、雇児発1207第2号）
幼保連携型認定こども園（*）	都道府県 指定都市 中核市	認定 こども 園法	「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律に基づく幼保連携型認定こども園に対する指導監査について」（平成27年12月7日府子本第373号、27文科初第1136号、雇児発1207第1号）
保育所（*）	都道府県 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）
地域型保育事業（*）	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）
・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）

* なお、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。

- (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等、検証結果を踏まえた措置等についても確認すること。

(参考) 検証の進め方の例

検証は、下記の図のような流れで実施する。



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

28福保子保第597号 平成28年5月24日

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、福祉保健局長が委嘱する。

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、委員長が召集する。
- 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、福祉保健局少子社会対策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。

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
◎汐 見 稔 幸	白梅学園大学学長・白梅学園短期大学学長
桶田 ゆかり	東京都国公立幼稚園・こども園長会会長
堤 ちはる	相模女子大学栄養科学部健康栄養学科教授
柊 澤 章 次	東京都社会福祉協議会保育部会部顧問
○山 本 真 実	東洋英和女学院人間科学部准教授

◎：委員長 ○：副委員長

※堤委員は、誤嚥等による事故の場合のみ参画されるため、本事例では検証委員会に出席していない。

平成29年7月11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 御中

意見書

山本心菜母・北川 恵

東京都大田区認可外保育施設「蒲田子供の家」での死亡事故について

1. 概要

平成28（2016）年3月17日、認可外保育施設「蒲田子供の家」で生後6ヶ月の娘、心菜を亡くしました。他の保育施設には空きがなく、「蒲田子供の家」に入園してから3ヶ月後に本件事故が起きました。

保育施設の園長は、かなり年配の女性でしたが、保育士資格を有しており、園長以外にも保育者がいるため2名体制で子どもを見てくれるとのことで、その言葉を信頼して、心菜を預けていました。

2. 当日のこと

いつもと変わらず元気な娘を、いつものように預けて出勤しました。5時間後、夫と一緒に娘のお迎えに保育園へ向かうと、たくさんの警察の方がいました。私は何事かと思い尋ねると、「こちらの保育園のお子さんが心肺停止で運ばれました」と言われました。驚いて、まさかと思い、運ばれた子供の名前を聞きましたが「私達も到着したばかりなので調査しているところです」と言われ、すぐさま夫と私の携帯に着信が無かったか確認しましたが、園からの着信は一切ありませんでした。“保育園から連絡がきていないから、自分の娘ではない”と思いましたが、やはりとても不安になり、「私もこの保育園に子供を預けているので、運ばれた子が誰なのかを教えてください！」と強く言いました。すると警察から、「このバッグの子です」と言われ、差し出されたバッグを見ると、娘が通園時にミルクや着替えなどを入れて

園に持って行っていたバッグでした。私は、「まさか！」と信じられず、動揺したままパトカーで娘が運ばれた大学病院に向かいました。

病院に到着すると、医師から「手を施していますが心肺停止状態のままです」と告げられ、ただただ娘の回復だけを祈り、元気な娘とまた会えることを願いました。しかし、医師に連れられて会うことができた娘は、目が少し開いていてぐったりとし、たくさんのチューブにつながれていました。「2時間の心肺蘇生をしましたが、呼吸を取り戻さないで、これで死亡と確認させていただきます」と言われましたが、私は、医師の言葉を理解できず、“なんで？え？意味がわからない。悪い夢を見ているだけだ”、そんな気持ちでした。でも、触っても、名前を呼んでも答えてくれない娘に、現実を突き付けられ、ぐったりした娘を抱っこして、なんで？どうしたの？なにがあったの？と、現実を受け止められないまま病室から出たのを覚えています。

3. その後、調べてわかったこと

- ① 園長からは、保育士2名体制と聞いていましたが、園長は保育士資格を有しておらず、園長以外の保育者は、保育士資格はなく、勤務実態も曖昧でした。つまり、この園には保育士資格を有する者は一人もいなかったのです。
- ② 過去数年間の東京都立入調査結果報告書を見ると、東京都から毎年、保育に従事する者の数及び保育に従事する者の有資格者の数等に関する基準を満たしていないことが指摘されていましたが、改善されることなくそのまま営業が継続されていました。東京都は、「蒲田子供の家」が認可外保育施設指導監督基準の複数の項目に違反した状態で営業継続していることを知っていたにもかかわらず、何も対応してくれませんでした。
- ③ 娘は、真っ暗な部屋で暖房をつけられ、通園に使っていた分厚いアウターを着せられたまま、その上から毛布をかけられ、ベビーベッドに寝かされていました（写真①参照）。更には、アウターに付いているフードもかぶせられていた上、靴下も履かされたままだったので、何も覆われていなかったのは、顔の部分だけでした（写真②参照）。

- ④ 園に預けていた5時間の間に、娘は1度もミルクを与えられていませんでした。
- ⑤ 園長は「心菜ちゃんの様子を見に行くのは、1時間に1度行くか行かないか」と悪びれもせず、当たり前のように言いました。

保育従事者としての知識も責任感もなく、園長による身勝手な、保育と言うにはあまりにずさんな行為により、娘は厚着で放置され、ミルクも与えられずに死にました。これを「事故」などと呼べるのでしょうか、許されることなのでしょうか。

4. 最後に

国は、保育施設をただ数作れば良いと、野放しにし過ぎではないでしょうか。

昨年だけでも、13人もの子どもたちが保育施設で亡くなっています。

うつ伏せ寝や放置といった状況で命を落とす子どもたちを、国はどう考えているのでしょうか。まるで他人事であるかのような対応を見ていると、「亡くなった子どもたちは運が悪かっただけ」と言われているような気さえしてしまいます。

大切な可愛い子どもの命がなくなっているのです。

どうしたらこんなことを繰り返さずにすむのか、もっと真剣に考えて欲しいです。

以上

【添付資料】

写真①：事故当日に心菜が寝ていたときの着衣等状態（アウター、毛布、ベッド）

写真②：事故当日に心菜が来ていた服装（上着、下着、ズボン、靴下）





平成29年7月11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 御中

意見書

山本心菜父・山本悠介

東京都大田区認可外保育施設「蒲田子供の家」での死亡事故について

1. はじめに

平成28（2016）年3月17日、東京都大田区認可外保育施設「蒲田子供の家」にて、最愛の娘心菜を亡くしました。私たち夫婦には、園からの連絡はなく、預け出して5時間後に知ることになりました。

迎えに行くと、警察の方が何人かいて、心菜の姿は無く、近くの東邦医大に運ばれたというので、私たち夫婦は動揺、混乱しながらもすぐに病院に向かいました。病院に着いても娘とは会えず、結局娘と会えたのは、死亡確認の立会でした。死因は不明。あんなに元気でたくさんミルクも飲んで、笑顔がかわいい大好きな大好きな娘が変わり果てた姿になっていました。

人生で一番泣いた日でした。

2. 事故後について

私たち夫婦にはものすごく心に大きな穴があいてしまいました。

何もするにも自然に泣いてしまう。何もしても、悲しみと寂しさばかりで、今まで味わったことのない究極の悲しみに苦しめられました。私たちは納得いっていませんでしたので、保育施設に真実を聞き出そうと、恵の母親と三人でボイスレコーダーを使って、施設長から聞き込みを始めました。

3. 聞き出したことについて

まずは保育形態について聞きました。

保育士は何人いるか、シフトはどうなっているのか。聞いてみると、思いもよらない答えが帰ってきました。

保育士は今はいない、と。

信じられませんでした。うそだろ！って思いました。蒲田子供の家のネット掲載画面や娘心菜との契約書類には、保育士2名と書かれていたのにも関わらずに。

そして、事故当日の話を施設長から聞き出しました。

当日預ける際、まだ季節も寒かったため、外では肌着、ロンパース、靴下、ニット帽、厚着の上着を着せていました。厚着やニット帽、靴下を施設内で脱がしたのかと聞くと、脱がしていないと言われました。暖房が入っているのにも関わらず。普通考えられません。大人でも暖房の入った部屋でダウンジャケット、靴下、ニット帽をかぶりながら部屋にはいない。

次に、施設長にミルクは何時にあげたのかと聞くとあげてないと言われました。5時間もの間まだ生後6か月の乳児が水分も採取することなく、暖房の入った部屋に寝かされるというのは、ひどいと言いが無い。

施設長は水を飲ませようとしたというが、言っていることが二転三転しすぎており、信ぴょう性に欠けていました。娘が唸るように泣いたらしく、施設長はミルクを作って冷ます最中、娘を寝室から明かりのついたリビングに移動した時に娘の異常に気が付いたそうです。娘は、顔面蒼白、呼吸なし、意識不明。蘇生方法について聞いてみました。再現もしてもらいました。それはそれは酷かったです。ただ口もとに息を吹きかける程度。聞き出しているうちに怒りがこみ上げて来て、泊まらなかったです。悔しかったです、なんでこんな人に預けてしまったんだって。

普通、保育士は、乳幼児を見る際は5分、10分毎に様子を見に行くそうですが、この施設では、聞き出して蓋を開けてみると、明かりもつけない街頭の光だけが少し入るくらいの寝室でほったらかしの状態だったのです。私たちが再現しましたが、娘の顔色、状態なんて見えないくらい暗かったのです。ましては、厚着、帽子等着けていたなら、もっと見えないです。

4. 最後に

こんなずさんなひどい保育がありますか？

悔しいし、許せないです。娘に、会いたいです。施設長が人間としてちゃんと見てくれていたら、娘は助かったかもしれない。

他のアルバイトの方が見てくれていたら、助かったかもしれない。

もっと娘の成長を見たかった。

都庁や大田区役所に赴いて、蒲田子供の実態を調べたところ、何回も施設基準に違反していて、何回も注意や監査が入っていたそうです。

ならば、なぜ娘を預けていたときに違反が直っていなかったのか。ネットの掲載も直らず、園児募集をかけていたのか。

こんなこと、もう二度と起きないよう、お願い致します。

本当にお願ひ致します。

以上

平成29年7月11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 御中

山本心菜母 北川 恵
同父 山本 悠介
代理人弁護士 寺町 東子
同弁護士 山本 悠一

意見書

当職は、保育施設における重大事故の遺族代理人として、本件事故に関する教育・保育施設等における重大事故の再発防止に関する検証委員会の役割について、下記の通り意見を述べます。

記

意見の趣旨

1. 検証の目的は、教育・保育施設等における重大事故の再発防止であって、当該事故に関する法的責任の有無や、問題となっている保育態様と死亡結果との因果関係の有無を判定することではありません。

したがって、死亡原因や因果関係の有無に拘泥することなく、保育のプロセスに焦点を当てて、検証及び再発防止策を提言して下さい。

2. 心菜の保護者が独自に調査したところによれば、当該保育施設における保育態様は極めて杜撰で、かつ、指導監督権限を有する東京都がそのような杜撰な保育態様を十分に把握していたにもかかわらず、何等の具体的な対応策が採られることなく、何年にもわたって営業が継続していたという事実が明らかになりました。

したがって、本件死亡事故は、東京都の対応によっては、十分に防ぎえた事故

なのではないかとの視点をもって、問題点を丁寧に検証し、再発防止策を提言して
ください。

意見の理由

1. 死亡原因や因果関係の有無に拘泥することなく、保育のプロセスに焦点を当てていただきたいこと

本件死亡事故は、認可外保育施設「蒲田子供の家」で発生したところ、心菜に関する死体調査等結果書によれば、発見者である同施設経営者の話では、発見当時の心菜の顔は蒼白であり、鼻から鼻水のようなものを出して、すでに呼吸をしていなかったとのことでした。

また、解剖結果報告書によれば、解剖時には心菜が急死した可能性を示唆する所見を認めたものの、急死の原因となるような明らかな病変や損傷、心奇形等は認めなかったこと、解剖後に実施した病理組織学的検査では、比較的中枢から抹消に至る気管支周囲に単核球を主体とする炎症細胞が高度に浸潤しており、気管支液のウイルス培養では、RS ウイルスが同定されたことから、心菜は生前に同ウイルス感染を原因とする気管支炎に罹患していたと考えられること、気管支喘息様の状態や喀痰の産生等に伴い、気道が狭窄するなどして、致命的な呼吸不全が惹起されていた可能性が高いこと、及び、心菜にはその他致命的な病変や損傷は認めなかったことからすると、心菜の死因は、RS ウイルス感染を原因とする気管支炎の可能性が高いと考えられる旨結論付けています。

仮に、気管支炎による死亡であれば、その経過は突然死ではなく、保育従事者が適切に観察をしていれば、病態の悪化を把握し、適時適切に医療機関に搬送することにより、救命することができた可能性があります。

また、本件では、先にご両親が述べたとおり、預けてから心肺停止の状態で見られるまでの5時間、水分を与えられることもなく、肌着、ロンパース、靴下、厚手の外衣、しかもフードまで被せた状態で、暖房の入った室内のベッドに放置されていました。暖め過ぎであったことは明らかです。このような「保育」が、心菜の病態を悪化させた可能性もあります。

本検証委員会の目的は、死亡原因に拘泥することなく、当該保育施設における保育態様の検証を通じて、保育従事者の対応や行政による指導体制等の問題点を議論し、法的責任の有無や死亡原因の解明とは別個の視点から、本件事故の発生原因を検討し、再発防止策を提言する点にあります。

したがって、現時点で明らかになっている心菜の死因として、「RS ウイルス感染を原因とする気管支炎」による死亡の可能性が高いと考えられるとしても、そのことをもって、本件死亡事故が「避けられなかった事故」であると拙速に判断することなく、当該保育施設の保育態様の問題点等を丁寧に検証していただきたいと考えています。

なお、上記の通り、心菜の死因は RS ウイルス感染を原因とする気管支炎の可能性が高いとの意見がありますが、公益財団法人東京都保健医療公社 多摩北部医療センター小児科部長の小保内俊雅医師によれば、RS ウイルスが心臓突然死を引き起こすメカニズムとして、脳内に「サブスタンス P」という物質が産生され、それが延髄に至り、延髄の離隔（副交感神経優位に働く部位）という部位を通過して心臓の刺激伝達系（房室間結節）に行くと心停止を引き起こすとのことであり、解剖によって延髄と心臓の房室間結節の部位を見れば、心臓突然死の可能性について、確定診断ができるとのことです。両親は、仮に本検証委員会において、公益財団法人東京都保健医療公社 多摩北部医療センター小児科部長の小保内俊雅医師のセカンドオピニオンを得たいと考えるのであれば、これに同意をする用意があります。

いずれにしても、死亡原因に拘泥することなく、保育のプロセスの観点から、本件死亡事故が「防ぎえた事故」であったか否かの点を丁寧に検証していただきたく存じます。

2. 本件事故の引き金になったと考えうる保育態様の問題点を丁寧に検証し、再発防止策を提言していただきたいこと

心菜の保護者である北川恵及び山本悠介は、本件事故後に自ら「蒲田子供の家」施設長と会って話を聞いたことなどを通じて、

(1) 「蒲田子供の家」は、認可外保育施設指導監督基準における複数の項目に

ついて、東京都から毎年同様の項目に関する違反事実を指摘されていたにもかかわらず、同施設は平然と営業を継続していたこと

(2) 心菜は、真っ暗な部屋で暖房をつけられ、通園時に着用していた分厚いアウター用の上着を室内で着せられたまま、更にその上から毛布をかけられ、ベビーベッドに寝かされていたこと、及び、アウターに付いているフードは頭に被せられていたうえ、アウターの下には通常の上着を着用し、更に靴下も履かされたままだったこと

(3) 心菜が預けてられていた5時間の中に1度もミルクを与えられていなかったこと

(4) 施設長は「心菜ちゃんの様子を見に行くのは、1時間に1度行くか行かないかだった。」と答え、実際に、事故当日も、真っ暗な部屋に寝かされた心菜の様子を確認したことは一度もなかったこと（音声データ・動画データ）

という事実が明らかになりました。

もし、東京都による適切な指導監督を通じて、本件保育施設の改善勧告、事業停止などの権限行使が適切になされていれば、本件死亡事故を防ぐことは十分可能であったのではないかと考えています。

本検証委員会においては、このような杜撰な保育態様が、いかにして本件死亡事故につながったのかを丁寧に検証し、二度と同様の事故が起こらないように、徹底した再発防止策を提言してください。

以 上