

愛知県認可外保育施設等における重大事故に関する 検証委員会報告書

(認可外保育施設における午睡中の死亡事例について)

令和元年6月

愛知県認可外保育施設等における重大事故に関する検証委員会

目次

はじめに

第1章 検証の目的、方法及び経過

- 1 検証委員会の設置及び開催
- 2 検証の目的
- 3 検証の方法と経過

第2章 事例の概要

- 1 施設の概要
- 2 事例の概要
- 3 事例発生当日の状況
- 4 事例発生時の保育体制
- 5 施設における本児の健康状態の確認状況
- 6 施設の午睡時の環境、午睡チェックの状況
- 7 施設における緊急時の対応状況
- 8 施設における保育の実施状況
- 9 施設に対する県の指導状況
- 10 保護者の当該認可外保育施設利用の選択理由
- 11 本児の死亡原因についての委員会としての検証

第3章 本事例を通して検討すべき問題及び課題

- 1 保育の実施状況に関する問題及び課題
- 2 行政の指導・監督等に関する問題及び課題
- 3 事例の検証に関わる問題及び課題

第4章 認可外保育施設の安心・安全な保育の確保のための提言

- 1 現状の制度の下での改善課題に関する提言
- 2 制度改正をとまなう改善課題に関する提言

おわりに

委員名簿

参考資料

はじめに

平成30年4月2日に、県内の認可外保育施設において、1歳0か月の女児が、午睡中に心肺停止状態となり、救急搬送後、病院で死亡が確認される事例が発生しました。

死亡原因については、搬送先の病院では特定されませんでした。しかし、所轄警察署で死亡原因の分析がなされ、その結果、所轄警察署の所見では、死亡原因は不明であるが乳幼児突然死症候群[※]の可能性も考えられるとのことでした。

本検証委員会においても、死亡女児の育成状況やカルテの内容から、乳幼児突然死症候群の可能性を否定できないとの結論に達しました。

乳幼児突然死症候群は病気のため、事故とは区別されるものではありませんが、早期の異常発見が蘇生の可能性を高めることから、事例が発生した当日の当該保育所の保育の状況について、午睡管理の在り方を中心に、検証にあたりました。

本事案の検証が、認可外保育施設におけるたび重なる保育事故の再発防止と安全・安心な保育の実現につながっていく一助となることを委員一同、強く願っています。

検証にあたり、お亡くなりになりましたお子さまのご冥福をお祈り申し上げますとともに、保護者におかれましては、お子さまを亡くされた深い悲しみの中、ご協力いただきましたこと、また、施設関係者、病院、消防署等の関係機関におかれましても、情報収集や資料提供に対応いただきましたことを、深く感謝申し上げます。

※乳幼児突然死症候群：SIDS (SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME)

何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る原因のわからない病気

第1章 検証の目的、方法および経過

1 検証委員会の設置及び開催

平成30年4月2日に県内の認可外保育施設において発生した午睡中の死亡事例（以下、「本事例」という。）の検証にあたり、国通知^{*}に基づき、学識経験者、教育・保育関係者、医師、弁護士、管理栄養士による検証委員会が設置されました。

検証委員会は、平成30年7月から平成31年3月の間で3回の会議と1回の現地調査を実施しました。なお、会議は、保護者の意向及び関係者のプライバシー保護に配慮し、非公開としました。

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

2 検証の目的

検証委員会は、本事例について、事実関係の把握や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ことを検証の目的として確認し、作業を進めてきました。

なお、検証は、事例発生の実態把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するためのもので、関係者の処罰を目的とするものではないことを付記します。

3 検証の方法と経過

検証委員会は、検証の方法としては、関係者及び関係機関に対し、事例の事実関係を把握するため、ヒアリングや現地調査を行い、事例に関する情報の提供を求めるとともに、収集した情報を整理し、検証を進めました。

なお、本事例の生じた認可外保育施設は、平成30年4月27日をもって廃業しましたが、施設の関係者には、本事例の検証にあたり、その後の現地確認、聞き取り等に協力いただきました。

以下は、検証の経過の一覧です。

(1) 関係者からのヒアリング等の実施状況

① 施設関係者

日程	聞き取りの相手方	聴取内容
平成30年4月3日	園長	立入調査・事故の概要
平成30年4月9日	園長 保育従事者A、B	事故の状況

日程	聞き取りの相手方	聴取等内容
平成 30 年 4 月 16 日	園長 保育従事者 A、B	事故の状況の補足確認
平成 30 年 10 月 10 日 (※検証委員会の現地確認を兼ねる)	園長	保育の実施状況、 事故状況 (再聴取)
平成 30 年 10 月 30 日	保育従事者 A	保育の実施状況、 事故状況 (再聴取)
平成 30 年 11 月 1 日	保育従事者 B	保育の実施状況、 事故状況 (再聴取)

② 保護者 (両親)

日程	聴取等内容
平成 30 年 6 月 3 日	挨拶、検証委員会開催にあたっての御協力依頼
平成 30 年 9 月 30 日	死亡女児の生育状況、事例発生当日の様子、健康状態等の聴取 カルテ開示等の承諾、死亡女児の生育状況の記録の提示への協力依頼

③ その他

保護者からの同意に基づき、搬送先の病院からカルテの写し、及び、消防署から救急搬送時の記録の提出に御協力をいただきました。

(2) 検証委員会の開催

日程	内容等	
平成 30 年 7 月 26 日	第 1 回検証委員会	検証委員会の目的、事例の概要、スケジュール等
平成 30 年 10 月 10 日	現地確認	現地確認、園長へのヒアリング
平成 30 年 12 月 14 日	第 2 回検証委員会	市担当部署のヒアリング (利用調整について)、事例の原因と課題の整理
平成 31 年 3 月 28 日	第 3 回検証委員会	報告書のとりまとめについて

第2章 事例の概要

1 施設の概要

事例発生施設の概要は以下のとおりです。

種別	認可外保育施設
開設年月日	平成22年3月1日（平成30年4月27日廃止）
設置主体	個人
開所時間	7時30分から18時（延長 19時まで）、平日のみ
提供サービス	月極契約及び一時預かり（1歳～6歳）
定員	20人
保育従事者	園長（保育士）（常勤） 保育従事者（無資格）3人（常勤1名、パート2名）
保育状況	保育室1室において全体保育
建物等	木造2階建ての1階部分（保育室38㎡）、 屋外遊技場40㎡

2 事例の概要

今回の事例は、預かり初日の平成30年4月2日（月）に、愛知県の認可外保育施設で発生した1歳0か月の女兒（以下、「本児」という。）の午睡中の死亡事例です。

本児は、当日7時30分に登園し、始終泣いている状況でした。昼食後、午睡時間となり、12時10分にいったん就寝したものの、13時に起きて泣き始めました。14時に再び就寝し、14時20分に保育従事者が呼吸の有無や顔色、体位を確認したときは、異常は見られませんでした。

14時30分に午睡の時間が終わり、保育従事者が順に子どもを起こしていき、14時36分過ぎ頃に本児を起こそうとしたところ、本児の異常に気付き、119番通報するとともに、心肺蘇生を行いました。

救急隊到着後、病院へ搬送されましたが、その後、病院で死亡が確認されました。

3 事例発生当日の状況

園長及び保育従事者から聴取した当日の時系列に沿った詳細な状況は、以下のとおりです。

時間	本児	保育の状況等
7:30	登園	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者の車で従前から同施設に通う姉とともに登園（保育従事者 B が対応） ・保育従事者と保護者との間で園児の体調に関する話は特になかった。 ・登園時から泣いていた。 ・上はトレーナーで下はズボンの動きやすそうな服装。 ・事前に保護者からアレルギーはないことを確認している。 ・平成 30 年 3 月 31 日、ヘモフィルス・インフルエンザ菌 b 型と小児用肺炎球菌の予防接種※¹。 ・平成 30 年 2 月 5 日～9 日まで当該施設で保育（7:30～18:00）経験あり※²。
9:00	検温	<ul style="list-style-type: none"> ・保育従事者 A 出勤 ・本児の体温：36.6 度 （泣き続けていたため、比較的落ち着いた時点で検温）
9:30		<ul style="list-style-type: none"> ・園長出勤 ・本児は泣き続ける。
10:00 ～ 10:30	ボール遊び	<ul style="list-style-type: none"> ・いったん泣き止み機嫌が良くなる
		<ul style="list-style-type: none"> ・お昼前におむつを 1 回替えたが、尿の色やにおいに特に異常はなかった。排便はなかった。 ・どこかにぶつかったりころんだりしたことはなかった。 ・本児が他の園児の哺乳瓶に手をのぼし、ミルクを欲しがった。
11:00～ 11:30	昼食	<ul style="list-style-type: none"> ・終始泣いていたが、ご飯は食べる。 ・最後の一口は飲み込まず吐き出した。 ・昼食は炊き込みご飯。市販の炊き込みご飯の素を使用し、施設の炊飯器で調理。（具材はそのまま使用。ご飯はやわらかめ。） ・子ども用のお茶碗一杯分を食べ、保護者持参のお茶を 50～60ml 飲む。水分はこのお茶以外は摂取していない。（泣いて飲むのを嫌がったため。）
12:10	午睡	<ul style="list-style-type: none"> ・園長が家族の介護のため、施設に隣接する自宅の 2 階へ移動 ・ベビーラックの上で泣き続けていたが、泣き疲れて就寝 ・ベビーラックにはベルトで固定し、毛布を下半身にかける。 ・午睡チェックは 10 分に 1 回。チェック内容はうつぶせ寝でないか、寝息の有無、顔色の確認。 ・部屋の電気は消し、2 つある窓のうち 1 つの窓のカーテンを半分ほど空けていた。
13:00	起床	<ul style="list-style-type: none"> ・1 時間程、激しく泣き続ける。保育従事者 A が本児をあやす。
14:00	再び就寝	<ul style="list-style-type: none"> ・泣きつかれた様子。

時間	本児	特記事項
14:10	異常なし	(午睡チェック) 保育従事者B
14:20	異常なし	(午睡チェック) 保育従事者B
14:36 過ぎ	異常確認	<ul style="list-style-type: none"> ・午睡時間が 14:30 に終わり、保育従事者Aが園児を順に起こし、本児の場所にいった時、仰向けで呼吸をしていない本児を発見。 ・周囲に物や嘔吐物はなし。 ・保育従事者Bが2階にいる園長を呼びに行く。 ・はじめは、保育従事者Aが胸骨圧迫と人工呼吸※³を実施し、その後、園長と交代。(保育従事者Aは過呼吸を起こした。)
14:41	119番通報	(救急隊の活動記録より) 保育従事者Bが電話
14:46	救急車到着	(救急隊の活動記録より)
14:56	病院に到着	(救急隊の活動記録より)
14:58	死亡確認	(病院のカルテより)

※¹ 保護者から提供いただいた母子健康手帳により確認。

※² 保護者から提供いただいた同施設に通う姉の連絡帳により確認。一時的な預かりであったため、本児の状況を姉の連絡帳に併記していた。また、4月2日は、預かり初日であったため、本児の連絡帳は作成されていなかった。

※³ 救急隊の活動記録、病院のカルテには胸骨圧迫と人工呼吸の実施に関する記述はなかった。

(参考) 当日の天候 (近隣市 気象庁HPより)

昼(6:00-18:00) 晴

気温(℃) 平均 19.0 最高 26.1 最低 12.4

湿度(%) 平均 55 最小 28

4 事例発生時の保育体制

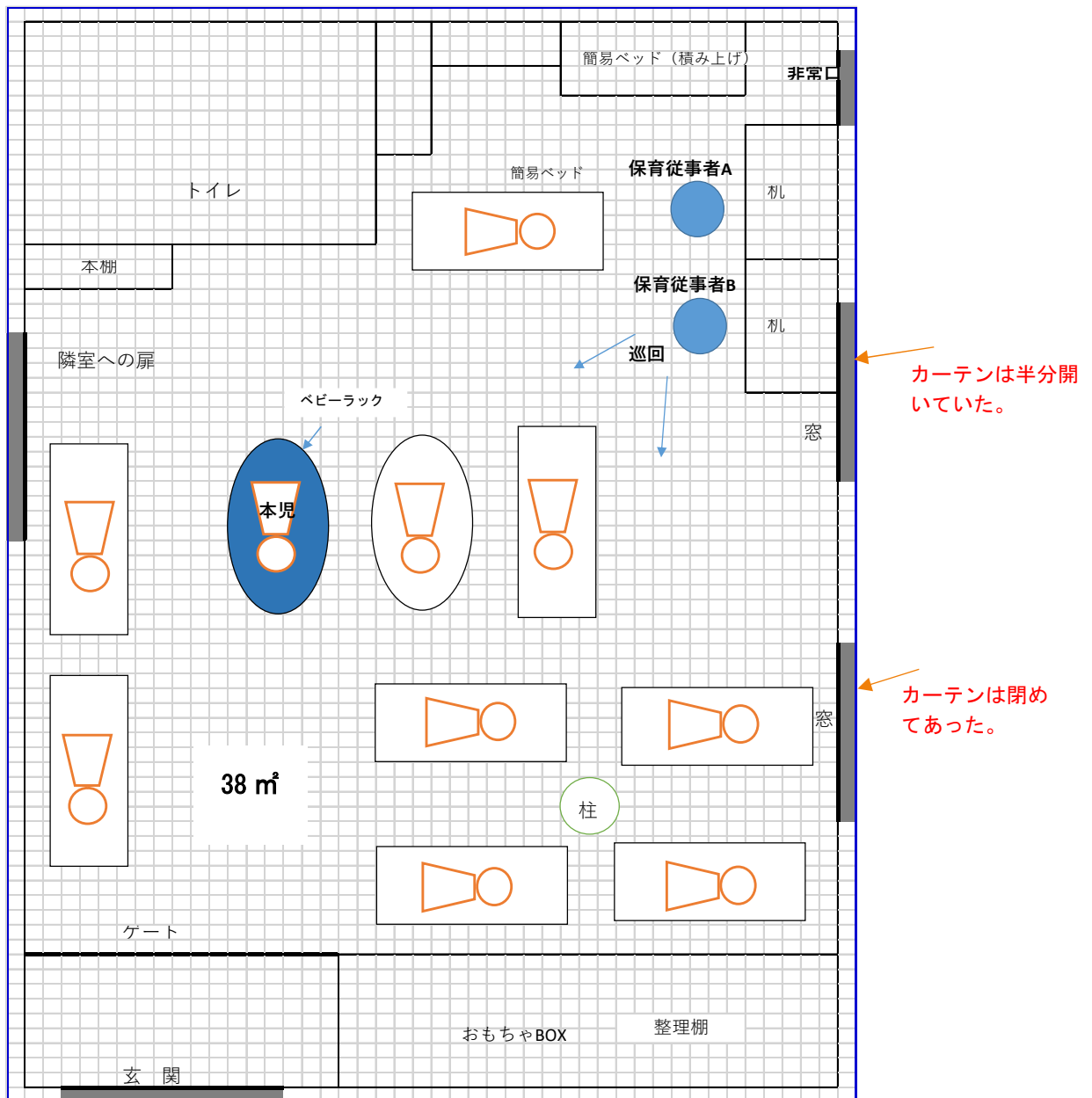
(1) 事例発生時の児童数と職員体制

園長、保育従事者から聴取した事例発生時の保育体制は、以下のとおりです。

発生時の児童数	10人 (1歳児:2人、2歳児:3人、3歳児:3人、 4歳児:1人、5歳児:1人)
発生時の職員体制	保育従事者(無資格者) 2人 ※午睡の間、園長は、同じ建物の2階の別室に居り、保育室には不在となっていた。

(2) 事例発生時の保育室の状況

園長、保育従事者から聴取した事例発生時の保育室の状況は、以下のとおりです。



5 施設における本児の健康状態の確認状況

園長、保育従事者から聴取した状況は、以下のとおりです。

- 本児の入所にあたっては、保護者に入所申込書の記載と、母子健康手帳の写しの提出を求めており、また、アレルギー、既往症が無いことは、保護者から電話で事前に聞き確認していた。

<p><入所申込書の記載事項の項目></p> <ul style="list-style-type: none">・名前、性別、生年月日、いつもの呼び名、・平均体温、血液型・排泄（自分できるかどうか）・兄弟姉妹の状況・好きな遊び・かかりつけ医院・気を付けてほしい事（体質、体調など）・連絡先、緊急連絡先
--

- 4月2日の本児の健康状態については、登園時、保護者からも本児の体調について、特段の話はなかった。また、園長及び保育従事者も特に異常は感じなかった。
- 施設では、園児1人につき1冊の連絡帳を作成し、健康状態、検温結果、機嫌、排便、睡眠の状況、入浴の有無、食事時間・内容について、家庭、園での状況を記載するようになっていたが、本児については、預かり初日であったため、連絡帳は作成していなかった。
- ※ なお、本児は、平成30年2月5日（月）から9日（金）の5日間、一時的に、姉とともに同施設に預けられており、その際の状況については、姉の連絡帳に本児の様子も併せて記載がありましたが、本児の健康状態に関し、本事例につながるような記載はみられませんでした。

6 施設の午睡時の環境、午睡チェックの状況

(1) 午睡時の環境

園長及び保育従事者から聴取した内容は以下のとおりです。

- 施設では、交通量の多い道路に面していることから、窓を閉めエアコンによる温度調整を行っており、4月2日も温度は28度で、風量は弱に設定したエアコンをつけていた。
- 午睡中、本児にはベビーラックを使用させており、ベビーラックに付属のベルトで体を固定していたため、体位は仰向けになっていた。
- 部屋の明るさについては、2つある窓のうち1つの窓のカーテンを半分開け、連絡帳の記載のために机のそばのライトを点けていた。また、入口のドアが一部すりガラスとなっていて外からの光が入る状態で、曇りの日に

は、もう一方のカーテンをさらに半分あけるようにして、晴れの日とほぼ同じ明るさになるようにしていた。

※ なお、委員会の現地確認の際、同じ状況にして確認したところ、全ての園児の顔がはっきり見えるほどの明るさではなかったことが推測された。

(2) 午睡チェックの状況

園長及び保育従事者から聴取した状況は以下のとおりです。

- 午睡チェックは10分おきに実施し、顔の向き、ブランケットがかかっているか、寝息をしているか、うつ伏せでないかを確認するようにしていた。
- 午睡チェックは、保育従事者が交代で行うこととしていたが、本事例発生当日は、保育従事者Bが午睡チェックを行っていた。(保育従事者Aは連絡帳を記載していた。)

(3) 午睡チェック表の記入状況

園長及び保育従事者からの聴取・確認事項は以下のとおりです。

- 事例発生の翌日(4月3日)に県が立入調査を行った際、事例発生日(4月2日)の午睡チェック表を確認。午睡チェック表には、10分おきに、仰向け(↑)もしくは横向き(←)を示す矢印が、12時10分から13時20分まで全て記載されていた。チェック表には、うつ伏せを示す矢印(↓)はなかった。なお、体位についてはベビーラックの付属のベルトで固定しているため、ずっと仰向けであったが、顔が横向きの場合、横向きの矢印を記載したとのことであった。
- 午睡チェック表には、確認者の印はなかった。
- 本児は、13時から14時はいったん起きて泣いていたとの説明があったが、その時間帯にも午睡チェックの矢印が記載されていた。
- 施設にコピー機がなかったため午睡チェック表を写真で撮影し、改めて資料としての提出を求め、後日(4月11日)、市を経由して午睡チェック表が送付されたが、4月3日に確認したものと記載内容が異なっていた。
- 立入調査時のものと、後日送付されたものとの相違点は、本児が起きて泣いている時間帯(13時から14時の間)の午睡チェックの矢印が消されており、本児の体位を示す矢印の筆跡や向きも異なっていた点が大きかった。
- 園長及び保育従事者に、この相違について確認したところ、4月3日に確認した午睡チェック表における本児が起きているはずの時間帯(13時から14時)の矢印については、園長が、後で、保育従事者の記載漏れだと思って追記したということが判明した。
 - ※ 園長は、事例発生の時間帯、現場にいなかったため、起きていたことがわからなかった、とのことであった。
- 再提出の際に記載を直したと思われるが、筆跡や矢印の向きが異なっていることや、どちらが正しい午睡チェックの内容かについては、園長、午睡チェ

- ックを行った保育従事者B、もう一人の保育従事者Aとも、「わからない」、「覚えていない」とのことで、事実を把握することはできなかった。
- なお、本児の平成30年2月5日から9日の預かり時の記録を求めたところ、他の園児については午睡チェック表をつけていたが、本児についての記録はつけていなかった。理由を確認したところ、一時的な預かりであったため、との説明があった。

【資料】施設で使用していた午睡チェック表の様式（A4横）

子どもが上向きの場合は「↑」、右向きの場合は「→」など体位に併せて矢印を記入する様式のものでした。

		検温・午睡チェック表（ 歳児）（組名）																	
名前	検温	12時					13時					14時							
		0	10	20	30	40	0	10	20	30	40	0	10	20	30	40	50		
〇〇〇〇	↑																		
印																			
																		園長	主任保育士

7 施設における緊急時の対応状況

園長及び保育従事者から聴取した緊急時の対応状況は以下のとおりです。

- 緊急時の対応マニュアルについては備え付けてあったが、他県の学童保育所の危機管理マニュアルや事故発生防止のための指針のコピーしたもので、本施設のために作成したものではない。
 - 園長は、事故発生時の訓練などの研修については参加経験があり、消防署やファミリーサポートセンターの研修を2、3年前に受講している。
 - また、園長は、保育従事者に対し、2か月に1回のペースで災害時の避難経路や事故に関することについて、20分程度の指導をしている。
- ※ なお、不審者対応訓練や災害訓練については、不審者対応訓練実施記録及び災害訓練実施記録からは、1か月に1回実施していることが確認できた。

8 施設における保育の実施状況

園長及び保育従事者から聴取した保育の実施状況は以下のとおりです。

- 施設では、保育の実施に関するマニュアルはなく、保育従事者は、園長からの指導を受けつつ、保育従事者自らがインターネットで調べるなどして、保育を実施していた。
- 施設では、姉や兄が在園している場合は、未満児の弟や妹を預かることもあったが、未満児を受け入れるための環境整備、対応は特に行っていなかった。
- 朝早い時間帯は、保育従事者1名で対応することがあった。
- 園長は9時～10時頃に出勤し、原則、一緒に保育を行っていたが、家族の介護等で園にいないこともあり、その際は、電話ですぐ連絡がとれるようにしていた。
- 連絡帳は午睡中に記載していた。
- 水分補給は、机の上の水筒を大きい子は飲みたいときに飲む、小さい子は様子をみながら、こまめに口元にもっていくようにしていた。
- 特に人手不足を感じることはなかった。

9 施設に対する県の指導状況

当該施設は認可外保育施設であるが、県の指導下におかれていることをふまえ、委員会としては、県の指導状況についての確認を行いました。以下は、その概要です。

(1) 県による認可外保育施設の立入調査の状況

立入調査日	指摘事項	改善報告書提出
平成23年1月18日	有り	平成23年2月25日
平成23年9月14日	有り	平成23年11月10日
平成24年11月14日	有り	平成25年1月11日
平成27年10月7日	有り	平成28年2月12日
平成29年9月20日	有り	平成30年1月30日

直近（平成29年度）の指摘事項等は、次ページの資料のとおりです。

【資料】 直近（平成 29 年 9 月 20 日）の立入調査の指摘事項

指摘事項	文書・口頭 指摘の別	提出された改善報告状況の内容
● 園長の勤務状況がわかる書類を整備すること	口頭	「平成 29 年 10 月 2 日より改善」 (平成 30 年 1 月 4 日から 12 日までの園長の勤務状況記載の書類添付)
● 保育従事者が一人で保育を行う時間帯があるので、常時複数の職員が従事できる勤務体制を整えること。	文書	「平成 29 年 10 月 2 日より改善」
● 無資格者だけが保育する時間帯があるため、常時 有資格者が配置される体制とすること。（保育に 従事している者の概ね 3 分の 1 以上は保育士また は看護師の資格を有する者を配置すること）	文書	「平成 29 年 10 月 2 日より改善」
● 避難訓練について、毎月同じ時間を実施している ため、実施時間を変える等の工夫をすること。また、 施設長のコメント欄に記入すること。	口頭	「平成 29 年 10 月 23 日より改善」
● 連絡帳の記入者の名前を記載すること。また、児 童の検温を行い、記載しておくこと。	口頭	「平成 29 年 10 月 2 日より改善」 (連絡帳の写し添付)
● 乳幼児の健康状態の把握のため、継続している乳 幼児に対する健康診断を年 2 回（おおむね 6 か月 ごとに）実施し、その結果を保存しておくこと。 ● 施設において直接実施できない場合は、保護者か ら健康診断結果または母子健康手帳の写しの提出 を受けること。ただし、母子健康手帳に記録され る検診の期間が空く場合（1 歳半以上）について は、別途検診を受けること。	文書	「平成 29 年 11 月 1 日より改善」 (母子健康手帳の写し添付)
● 職員の健康診断を 1 年に 1 回実施し、その結果を 保存しておくこと。	文書	「平成 29 年 9 月 28 日に受診」
● うつぶせ寝の児童は、仰向けに体制を直すこと。 また、睡眠チェック表について、確認した者の名 前を記載しておくこと。	口頭	「平成 29 年 10 月 2 日より改善」
● 利用案内に、提携している医療機関に関する情報 を記載すること。	口頭	「平成 29 年 10 月 2 日より改善」 (施設の規約の写しを添付)
● 労働基準法等の他法令に基づき、各事業所ごとに 備え付けが義務付けられた労働者名簿、賃金台 帳、雇入、解雇、災害補償、賃金その他労働関係 に関する書類を整備すること。	文書	「平成 29 年 9 月 25 日に改善」 (労働条件通知書の写し、賃金台帳 添付)
● 午睡時の部屋が暗く、児童の顔色が見えないた め、もう少し明るくすること。	口頭	「平成 29 年 9 月 21 日より改善」

10 保護者の当該認可外保育施設利用の選択理由

本委員会は、保護者から、市で保育認定（標準時間認定）をされたが、利用調整された認可保育所（A保育園）に「18時まで預かれない」と言われて、仕方なく認可外保育所に預けた旨の発言があったことを受けて、市の担当者から保育所利用調整の状況についての説明を求めることとしました。

本委員会が、市の担当者から受けた説明は以下のとおりです。

- 保護者からは、姉妹を同一園に通わせたいとの希望があり、利用調整の結果、第4希望の家から2.1kmの距離にある認可保育所（A保育園）で姉妹同時入所できる、という結果をお渡しした。
- その後、保護者から希望園を変更したいとの申し出があり、第2次、第3次の審査に応募されたが、3回目の審査の最中に「もう認可園には入らない」という取り下げの希望があった。
- A保育園の開所時間は、7時半から18時半までとなっており、市としては、保護者の終業時間と通勤時間を考慮し、開園時間に迎えにこられる園で調整したと考えているが、どうして「18時まで預かれない」という話になったかはわからない。
- 当該認可外保育施設とA保育園は近接しており、地理的な問題もないと思われる。

本委員会は、市が、保護者の市の利用調整の変更を希望した理由、そして、最終的には認可外保育施設を選択した理由について把握しておらず、保護者の「18時まで預かれない」ということについての詳細を確認することはできないと判断しました。

11 本児の死亡原因についての委員会としての検証

(1) 本児の育成状況についての検証

- 保護者から提供された母子健康手帳（写）の乳児身体発達曲線からは、生後4か月頃以降、成長カーブが緩やかになっている傾向が認められますが、健康の範囲内と考えられ、発達も早めであり、死亡につながるような病気をうかがわせる記述はみられませんでした。
- 皮膚の疾患により病院にかかっていますが、死亡原因と関係するものではありませんでした。

(2) 病院から提供されたカルテ（画像データを含む）等の検証

- 病院へ救急搬送され蘇生行為が行われていますが、心拍回復なく死亡しています。
- 死因となるような病変は指摘されていません。
- Ai（オートプシーイメージング）の画像において、明らかな脳出血や頭蓋内

病変、目立った骨折はありません。頭頸部の喉頭内液体貯留、胸部の気管内液体貯留が見られますが、これについては、カルテに記載のある心肺蘇生術の影響、または死後の CT 検査で認められる一般的な変化と推測することができます。死因に直結するような異常はないと考えられます。

- 平成 30 年 3 月 31 日（死亡の 2 日前）に、ヘモフィルス・インフルエンザ菌 b 型と小児用肺炎球菌の予防接種を受けていますが、本児の死亡について、予防接種の影響があったとは考えられませんでした。
- 死亡診断書には、死亡の原因について不詳と記載されています。

（3）警察における確認事項

- 平成 30 年 4 月 4 日、県の担当者が所轄の警察署へ赴き状況を確認しましたが、死亡原因は不明。解剖を行い原因究明するとのことでした。
- 平成 30 年 10 月 29 日、所轄の警察署から連絡を受け、解剖結果は出たものの、原因はやはり不明、とのことでした。
- 乳幼児突然死症候群^{*}の可能性については、乳幼児突然死症候群は 1～6 か月未満の子どもに多い疾患のため本事例は非典型的ですが、外傷や持病もないことから、乳幼児突然死症候群が考えられるとのことでした。

^{*}乳幼児突然死症候群：SIDS（SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME）

何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る原因のわからない病気

（4）検証委員会としての本児の死亡原因についての検証結果

委員会としては、病院や警察の所見を否定するものではなく、本児の死亡原因を特定することはできないと判断しましたが、その上で、以下の諸点を確認しました。

- 本児の死亡原因は、病院や警察の解剖結果と同様に「不明」です。
- ただし、上記（1）から（3）の内容を鑑みると、死亡原因として乳幼児突然死症候群の疑いを否定することはできない。
- 乳幼児突然死症候群が死亡原因である可能性を考えた場合、その発生を高めるリスクの一つとして、乳幼児の疲労やストレスを指摘する報告もあり、委員会としてもその点は留意すべき事項としました。
- 本事例の場合、発生した日が年度初めの保育初日であったこと、本児が欲しているミルクを飲めなかったこと、本児が始終泣いていたことなどから、本児がストレスを感じる環境にあったことは推察されますが、死亡に至る影響があったのか、あったとしてもそれがどの程度の要因だったのかについては、現時点では確認することができないと判断しました。

第3章 本事例を通して検討すべき問題及び課題

ここでは、本委員会が、本事例の検証を通して、認可外保育施設における重篤な事例の再発を防止するために必要と考える検討すべき問題や課題を整理しておきたいと思います。

1 保育の実施状況に関する問題及び課題

(1) 午睡チェックに係る問題及び課題

【検討すべき問題】

- 午睡チェックは、呼吸の有無、体位の確認をしていたとのことですが、全年齢の子どもに対し、一律に10分間隔で行われていた午睡チェックの時間間隔のあり方。ならびに体位のみが記録に残る記録方法のあり方。
- 最後の午睡チェックから異常発見まで16分以上の空白時間があったこと。
- 午睡の時間帯は、連絡帳の記載を行うなど、午睡チェック以外にも行う業務が重複している状況。
- 2つある窓のうち1つのカーテンは半分開けられていましたが、子どもの表情や顔色がはっきり確認できるまでの明るさではなかった環境条件。
- 午睡チェック表が、事後に書き直されていたこと。
- 本児が2か月前に5日間一時的に保育された期間の午睡チェックについて、当時8か月で1歳未満児でしたが、全く記録がつけられていなかったこと。

【検討すべき課題】

認可外保育施設という制約された条件の中で、上記問題を通して浮かび上がる見守り体制の整備と係わって検討すべき課題を提起しておきます。

① 園長ならびに保育従事者の意識啓発の課題として、「午睡は命に係わる危険な保育行為だ」という意識や認識を持つことの必要性、重要性です。

異常を早期に発見できなかったことや、呼吸が止まったことにすぐには気づけなかったことの背景として、このような関係者の意識水準も無関係ではないと考えられます。

認可保育施設の現場においても、職員の休憩時間の確保や午後の保育の準備もあるため、午睡中の5分に1回のチェックは人員の保障がないと困難な状況があり、センサーを設置したとしても誤作動やつけ忘れがあり、完全ではない状況がある中で、認可施設、認可外施設を超えて、午睡時の子どもの安全をどう保障していくのかは重要な検討課題であることを提起しておきます。

② 午睡チェック表の様式、午睡チェックのマニュアルの整備の必要性、重要性です。

認可保育施設、認可外保育施設を問わず、共通のチェック表、マニュアルが整備されることにより、それぞれの施設の様々な条件に則して、子どもの安全を第一に考慮した現実的な見守り体制を実現していくことができるものといえます。現状は、そのような準拠すべき枠組み自体があいまいで、各施設の改善

への取り組みを支え、啓発し、促進する上からも、共通に準拠すべきチェック表、マニュアルの整備等を課題として提起しておきます。

- ③ 認可外保育施設も子どもの命を預かる施設であり、その点においては、認可外保育施設も含めて保育の実施責任を負っている市（町村）、県の課題として、相互に連携して、全ての保育施設が遵守すべき諸表簿、マニュアル等が共通に整備され、指導監督に際しても子どもの安全に係わる事項に関しては、丁寧な指導・確認とともに、支援が行われることの必要性、重要性です。
あわせて、保育の安全にかかわる事項、課題での保育従事者の研修等の支援についてもその必要性を提起しておきます。

（２）保育の実施に係わる問題及び課題

【検討すべき問題】

- 当該施設は、原則１歳児からの子どもを預かる保育施設として運営されていましたが、園に兄や姉が通っている場合は、１歳未満の子どもも預かることがあります。本児も、一時的に、そのような保育を経験していたことは確認したとおりです。問題は、そのような状況にかかわらず、施設として、特に乳児のための環境整備は行われてこなかったということです。
- 本児は、１歳児になった直後の４月から当該施設に入所しており、１歳児とはいえ、乳児に近い発育段階にあったといえます。当該施設は、乳児保育の環境条件も未整備で、入所前の子どもの健康状態の把握も母子健康手帳の写しの受領、アレルギー既往症の確認程度で十分とはいえず、保育の実施に関わるマニュアル等も無い中で、保育初日で不慣れな環境で保育が実施されていたという問題があるといえます。
断乳直後でミルクを欲していたこと、施設が提供する食事が、その時期の子どもにとっては不慣れと思われる初めて食べるものであったこと、さらには、始終泣いていたこと、そして、泣いている当該幼児をベビーラックに乗せてベルトで固定して寝かせていたことなどから、本児がストレスを強く感じる環境におかれていたことが推測されます。
- 当該施設は、事故や災害時の対応や、心肺蘇生の方法については、園長から保育従事者に対し、定期的に指導が行われていたことを、聴取において確認していますが、当該施設における具体的な対応を記載した事故対応マニュアル等は、整備されていませんでした。
命を預かる保育施設として確実に備え置き、それに基づいて実地訓練等をすべきマニュアル等があいまいなまま運営されているということは問題であるといえます。

【検討すべき課題】

認可外保育施設という制約された条件の中でも、保育の実施に係わって、検討すべき改善課題について提起しておきます。

- ① 認可外保育施設の場合、本事例からは、入所対象の子どもに関しては施設の

裁量の範囲が大きいことが伺われますが、乳児保育に関しては、保育施設の認可基準上も明確な区別がされていることを考えるならば、認可外保育施設の場合にも、子どもの命に関わる事項についての指導指針と保護者を含めての必要な情報提供が明確にされ、保育の実施責任を負っている市（町村）と県が連携して、指導・支援を行いうる体制の整備は検討課題であるといえます。

子どもの安全は、施設の種別を超えて保障されるべきと考えます。

- ② 本児の場合は、乳児に限りなく近い1歳児ですが、少なくともこのような発育段階にある子どもの入所当初は、強いストレスを受ける状況にあることの認識を保育関係者が共有することの必要性、重要性です。

その上で、入所時における「入所前の子どもの健康状態を把握するためのリスト」および、「保育のスタートマニュアル」（仮称）の整備を検討課題として提起しておきます。国、県、市（町村）、関係団体が連携し、認可外保育施設も含めて共通に確認、認識しておくべき保育の実施始期（入所前及び入所初期）の課題が提示されることを期待します。

- ③ 事故対応マニュアルに関しては、その整備の必要性が碧南市で起きた保育事故の検証委員会報告書で述べられことを契機に、認可保育施設に関しては、県のガイドラインをはじめとして、市（町村）レベルでも対応が進められてきているといえますが、公・私間では未だ対応にギャップもある現状といえます。

認可外保育施設の場合、当該施設もそうであるように、未整備な状況にあることが危惧されます。

あらためて、子どもの命に係わる問題への施設種別を超えた共通した対応が可能なような支援策を検討課題として提起しておきます。

2 行政の指導・監督等に関する問題及び課題

(1) 立入調査にかかわる検討すべき問題及び課題

- ① 現行制度においては、認可外保育施設の監督責任は都道府県であり、保育の実施責任主体は市（町村）というように、責任主体が二重構造になっています。

このような制度条件が、都道府県が実施する立入調査の形式化を招き、施設の改善につなげるPDCAサイクルが機能しない状況の制度要因となっていることが危惧されます。認可外保育施設に関しても、保育の実施責任を負っている市（町村）の関与を広げる方向での制度の見直しが望まれます。

- ② 現状の立入調査自体の問題としては、委員会の検証の中で、監査項目が多岐にわたり、施設の運営実態の詳細まで確認することが難しいこと、また、行政職では保育内容や保育技術の指導まで踏み込めないとの意見が出されており、改善すべき問題として指摘しておきます。その場合、子どもの命の安全に直結するような事項（午睡、給食、水あそび等）についてはその実施状況を人的、物的、時間的にも丁寧に確認できるよう、監査項目を整理するとともに、保育内容や保育技術を指導できる技能を持った者が、指導にあたることを検討すべき課題として提起しておきます。

- ③ 現状の立入調査の問題として確認しうるもうひとつの問題は、立ち入り調査における指導事項の改善報告が「改善報告書」による書面での確認に留まっており、現地確認は次年度の立入調査の際に行われるという運用実態があるとい

うことです。少なくとも、上記で指摘した子どもの命の安全に係わる事項に関しては、改善を実地に確認し、PDCA サイクルを機能させる必要性を指摘しておきます。

子どもの命に係わる事項に関して改善の実行を着実に担保するための制度要件として、①で指摘したように、現地調査への市（町村）の積極的な関与等について、現行法令の見直しが望まれます。

（2）認可外保育施設に対する支援等の課題

愛知県が所管する認可外保育施設は平成 30 年 4 月 1 日時点で届出対象施設が 153 施設あり、昨今の企業主導型の保育施設の増大により、認可外保育施設は増加傾向にあります。

そのような状況を鑑みた場合、本事例のような子どもの命の安全に係わる問題の防止対策、認可外保育施設に対する支援等の必要性、重要性は高まるものと考えられます。

本委員会は、本事例の検証を通して検討されるべき改善課題を提起してきましたが、あらためて、以下の事項を、認可外保育施設における子どもの命の安全に係わる問題の防止対策、支援等の課題として提起しておきます。

- ① 園長、保育従事者等の関係者の認識や意識の啓発を、あらゆる機会、場所を通じて進めることの必要性です。本事例の場合でいえば、「午睡は命に係わる危険な保育行為だ」という認識や意識を喚起することです。
- ② 子どもの命の安全に係わる事項に関しては、施設の種別、認可・認可外を越えて情報の共有、マニュアル等保育の場面毎の実施方法（本事例の場合でいえば、午睡マニュアル等）、関係諸表簿（本事例の場合でいえば、午睡チェック表、入所前の子どもの健康状態を把握するためのリスト）等の共有を、県、市（町村）、関係団体が連携・協力して実現していくことが必要です。
- ③ 保育の実施責任を負っている市（町村）は、保護者の保育施設利用に関して利用調整までの責任は担保しているものの、本事例の場合のように、保護者が最終的に認可外保育施設を選択した場合、保育に関する行政の捕捉外としている状況が検証を通して確認しえた事実です。

問題は、保育の実施責任を負っている市（町村）の子どもでありながら、認可外保育施設に入所した子どもは、その段階で保育にかかわる市（町村）の行政サービスの対象外となっているという現状です。

当該市（町村）の保育を必要とする子どもたちを、ひとしく愛護し、育成していくことを指導理念とした場合、認可外保育施設入所の子どもたちの保育について、市（町村）が応分の責任と関与を持ちうるよう制度のあり方、運用を検討する必要性があります。

予定されている幼児教育・保育の無償化の制度の下で、公的費用が認可外保育施設にも給付されることにともない、認可外保育施設の質の担保のための市（町村）の関与に向けての制度設計が検討されており、その制度設計とも関わって、市（町村）の認可外保育施設への関与の制度化は急務であると考えます。

認可外保育施設に関しては、現行制度上は県の指導・監督下にあることをふまえるならば、県の立入調査に関わる指導・監督上の検討課題としてすでに指

摘したような県、市（町村）との連携・協力等は、本事例を通して指摘しうる具体的な課題といえます。

3 事例の検証に関わる問題及び課題

- ① 本事例は、子どもの死亡に至る重篤な事例でしたが、施設における子ども異常発見直後の対応として、施設側が心肺蘇生を行い、直ちに119番通報を行っているものの、県や市に対する連絡はなく、県が事例を把握したのは、翌日の警察からの電話であったという事実を確認しています。

施設に関する監督責任を負う県、実施責任を負っている市（町村）への連絡のあり方を検討すべき問題として指摘しておきます。

- ② 検証に関わっての問題としては、施設には監視カメラなど客観的な事実を確認する手段はなく、異常発生時の状況については、施設側の聞き取りを中心に検証せざるをえないという事情がありました。本事例のような場合の検証においての一般的な制約条件の問題として指摘しておきます。

- ③ 本事例の場合、事例検証のための検証委員会の設置は、県により担保されていたといえますが、検証委員会には、情報の開示を強制的に求める権限がないため、関係機関、関係者の理解と協力が得られるかどうかは、重要な問題であることを指摘しておきます。

検証に関わって、まず、保護者の理解と協力を得られるかどうか重要といえます。

保育従事者に対する事実関係の聞き取りに関しても、同様の問題があるといえますが、本事例の検証に際しては、保育従事者も大きなショックを受けており、聞き取りの途中で精神的に不安定な状況になることもあったこと、また、発生当時は混乱していたため、「覚えていない」「わからない」、という回答も多く、事実の確認、検証は制約を受けざるを得ませんでした。

さらには、関係機関（当該の警察署、消防署、病院等）の理解と協力も重要といえます。

本事例においては、保護者の同意が得られたため、消防署や病院などの関係機関の協力のもと、救急隊の活動記録や本児のカルテを入手することができ、検証を進める上で、貴重な資料を確認することができたといえますが、協力が得られない場合には、検証作業が難しい状況も想定されます。本事例の検証においても、解剖結果については警察署からの開示はされませんでした。

- ④ 検証委員会としての事例の検証において、当該児童の死亡原因の特定が大変困難な問題であることは本委員会の活動を通して確認しうる問題です。今後、CDR（Child Death Review）^{*}の制度化とそれを通しての事例の社会的検証が進み、子どもの命の安全がよりよく守られる社会の実現を期待します。

2018（平成30）年12月14日に、第197回国会にて成立・公布された「成育基本法」（「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（平成30年法律第104号））では、その基本施策として、成育過程にある者の死亡原

因の記録を収集するための体制整備の規定が明記されています。具体的な施策や事業展開が待たれるところです。

本事例のような重篤な事例の場合、そのような事例の再発防止のために、事例の客観的な検証は不可欠であり、そのために検証委員会の設置が求められているといえますが、検証委員会が検証作業を進める上からの以上の諸問題を解決するためには、社会的な制度整備の必要性を指摘しておきます。

※CDR (Child Death Review) : チャイルド・デス・レビュー

子どもの死亡登録・検証制度。予防可能な子供の死亡を減らす目的で、多職種専門家が連携して系統的に死因調査を実施して登録・検証し、効果的な予防策を講じて介入を行おうとする制度

第4章 認可外保育施設の安心・安全な保育の確保のための提言

本提言は、本委員会として事例の検証を通して整理した認可外保育施設における重篤な事例の再発防止のための問題や改善課題（前章）をふまえた認可外保育施設の安心・安全な保育の確保のための提言であり、本委員会としての事例検証のまとめです。

1 現状の制度の下での改善課題に関する提言

【提言1】 保育の実施に関して、施設および利用者への子どもの安全確保のための注意事項の明確化、注意喚起の徹底、施設関係者の意識の啓発・向上

県や市町村は、認可外保育施設のみならず認可保育施設も含めて、保育の実施に際して、健康状態の確認や体調変化時の早期発見等のために、保育の場面ごとに注意すべき事項について、改めて明確にし、注意喚起するとともに、保育施設を利用する側の保護者に対しても、子どもを預ける際における子どもの安全確保のための注意点などを周知徹底すること。

県は、認可外保育施設の質の向上に向けて、特に、施設では子どもの命を預かっているという点を十分に施設関係者が認識するための保育従事者の研修等の支援を行うこと。

研修の実施にあたっては、認可外保育施設においては人員不足の問題を抱えており、施設に勤務する職員すべてが受講することが難しい状況があることも考慮し、研修日程や回数、実施場所を増やすなど、受講機会を広げるとともに、伝達（園内）研修の実施を促すこと。また、e-ラーニング等の活用も検討すること。

【提言2】 県の指導監督項目の重点事項の精選等による立入調査のあり方の改善と施設情報の公表の促進

県は、認可外保育施設が、認可保育所などを運営する法人から個人まで多岐にわたることや、施設によって職員配置や開所時間など運営の状況がまちまちであることなどから、各施設の運営実態等を踏まえて、指導監督項目や保育の内容等について、重点事項等を精選するとともに、特に子どもの命の安全に直結するような事項（午睡、給食、水遊び等）について、その実施状況を人的、物的、時間的に特に丁寧に確認できるよう、保育内容や保育技術を指導できる専門の知識・技能を持った者も加えて、通常の実入調査を行うとともに、巡回指導等を必要な場合に実施する等、より丁寧な指導監督を行い、改善指導をした項目についてのPDCAサイクルが機能するよう立入調査のあり方を改善すること。

また、保護者が認可外施設を適切に選べるよう、立入調査の結果等を公表するなど、施設情報の提供に努めること。

【提言3】 入所前の子どもの健康状態を把握するためのリスト等を含む入所時の健康チェックマニュアル、保育のスタートマニュアル（仮称）、午睡チェック表、午睡マニュアル等の整備と検証

乳児等については、入所当初は強いストレスを受ける状況にあることを保育関係者・保護者が共有できるよう、入所時の健康チェックマニュアル、入所前及び入所初期の保育のスタートマニュアル（仮称）の整備を国、県、市町村、関係団体が連携して作成し、認可・認可外にかかわらず、すべての保育関係者に周知されるようにすること。

午睡チェック表や午睡マニュアルの整備については、作成したものが形骸化しないよう、実際に保育現場で活用できるものであるかどうか継続的な検証を行い、実際に有用なものとするべく改善を図っていくこと。

2 制度改正をともなう改善課題に関する提言

【提言4】 CDR（Child Death Review）の制度化と実効性の向上へのとりくみ

本事例のような重篤な事例の再発防止のための社会的な基盤整備として、「成育基本法」（「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（平成30年法律第104号））の公布をふまえ、社会全体としてCDRのとりくみを進め、その実効性を高め、情報を関係者が共有できるしくみを整備していくこと。

【提言5】 保育の実施責任を負っている市（町村）の認可外保育施設に対する県と連携した関与の制度化

保育の実施責任を負っている市（町村）が、保育を必要とする子どもたちを認可保育施設・認可外保育施設に関わらずひとしく愛護し、育成する観点から、国や県は、市（町村）が認可外保育施設についても応分の責任と関与を持ちうるよう、制度のあり方を検討し見直すこと。

【提言6】 重篤な事例の検証に関わる関係機関の連携・協力に関する制度整備

重篤な事例の検証にあたって、関係機関（医療機関、警察、消防等）からの協力が円滑かつ迅速に得られることがより正確な検証を行うために不可欠であり、国は、関係機関への情報提供に係る必要な手続きの簡素化や、必要な情報を閲覧できるシステムの構築などについて検討を行い、制度的な整備を行うこと。

以上

おわりに — 重篤な保育事故を繰り返さないために

これまでも重篤な保育事故が起きるたびに検証委員会が組織され、再発防止のための提言がされてきました。

にもかかわらず、本事例は発生し、関係者に多大な苦しみと悲しみをもたらす結果となりました。当該施設は、現在すでに存続しておりません。

保育施設は、これまで、社会の制約された制度条件の下で、幾重にも分化され、設置・運営されてきました。そして、構造は変容しつつも、その状況は現在も続いています。

そのような保育制度下にある認可外保育施設で起きました今回の事例に関する本委員会の提言の最大の要諦は、保育制度が社会の制約を受けてどのように編制されていようとも、子どもの命を守るという課題に関しては、共通の関心事とされ、共通の尺度が適用され、制度の運用にあたって共通の配慮がされることを当然のこととして支持する保育の社会的合意水準が実現されなければならないという課題提起にあります。

本文中にも記しましたが、一方で、待機児童の解消という社会の構造的変容にとともなう課題との関係で、保育施設の多様化が進んでおり、他方で、幼児教育の無償化の制度設計において、すべての関係施設に、その利用料として公的費用が給付される段階を迎えようとしています。これまでは公的費用負担の埒外に置かれてきた認可外保育施設もその例外ではなく、公的資金の給付の下に置かれることとなります。

このような新しい制度条件は、保育の公的性格を関係するすべての施設に及ぼすものであり、本委員会の提言を実現する上での保育の社会的合意水準を拡大し、高めるものと考えます。

本委員会の検証結果が、保育現場における重篤な事故の再発防止にとって真に有用な提言となり、関係者の努力が結実し、再発防止に向けての必要な制度整備、社会的基盤整備が進む契機となることを願うものです。

委員名簿

愛知県認可外保育施設等における重大事故に関する検証委員会委員

敬称略 分野順

分野	氏名	職名
学識経験者	◎ <small>こんどう まさはる</small> 近藤 正春	桜花学園大学副学長
教育・保育分野	○ <small>いとう せいこう</small> 伊東 世光	愛知県社会福祉協議会保育部会会長
	<small>あんどう</small> 安藤 こずえ	愛知県保育士会会長
保健・医療分野	<small>やまざき よしひさ</small> 山崎 嘉久	あいち小児保健医療総合センター副センター長
法律分野	<small>うえだ としき</small> 上田 敏喜	弁護士
栄養分野	<small>つがね ふよこ</small> 津金 芙蓉子	愛知県栄養士会

◎ 委員長 ○ 委員長代理

参考資料

愛知県認可外保育施設等における重大事故に関する検証委員会設置要綱

(目的)

第1条 この要綱は、愛知県内（政令・中核市を除く）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。）における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握や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「愛知県認可外保育施設等における重大事故に関する検証委員会（以下、「委員会」という。）の設置に関し、必要な事項を定める。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- 1 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、問題点や課題の抽出を行うこと。
- 2 前項に定める重大事故の問題点や課題を踏まえ、再発防止のための提言をまとめ、愛知県に報告すること。
- 3 その他委員会が必要と認めること。

(検証の対象)

第3条 検証の対象は、子どもの死亡事故等であって、愛知県が委員会で検証することが必要と判断した事故とする。

(委員)

第4条 委員会の委員は教育・保育分野等に知見のある有識者6名をもって構成する。

- 2 委員の構成は、別表のとおりとする。ただし、検証に必要があると委員会が認める場合は、専門家等の臨時委員を置くことができる。
- 3 委員の任期は2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。

(委員会)

第5条 委員会に、委員長を置く。

- 2 委員長は委員の互選により決定する。
- 3 委員長は、会務を総理し、必要に応じて委員会を招集する。
- 4 委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、委員のうちから委員長があらかじめ指名する者がその職務を代理する。
- 5 委員長の任期は、委員としての任期と同じとする。

(委員会の公開)

第6条 委員会は、非公開とする。

(関係者の意見聴取)

第7条 委員会は必要に応じ、事案に関係のある者の意見及び説明を聴取する。

(庶務)

第8条 委員会に関する庶務は、愛知県健康福祉部子育て支援課が行う。

(秘密の保持)

第9条 委員は、正当な理由なくその職務に関して知ることのできた情報を他に漏らしてはならない。また、その職を退いた後も同様とする。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は別に定める。

附則

この要綱は、平成30年3月30日から施行する。

別表

分野	人数	備考
教育・保育分野	2名	
学識経験者	1名	
保健・医療分野	1名	
法律分野	1名	
栄養分野	1名	誤嚥等の場合