

中間市特定教育・保育施設等における重大事故
検証委員会報告書

令和5年2月

中間市特定教育・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1章 検証の目的、方法及び経過	2
1 検証委員会の設置	
2 検証委員会の委員構成	
3 検証の目的	
4 検証の方法	
5 検証の経過	
第2章 事故の概要等	5
1 事故の概要	
2 施設の概要	
3 発生時の概況	
4 発生時の保育体制	
5 事故当日の状況	
6 本児の状況	
7 送迎バスの運行状況	
8 児童の出欠確認	
9 ガイドライン、マニュアルの存在と運用の実状	
10 クラス運営、研修及び会議の体制	
11 当該施設に対する市の指導等	
12 事故発生後の施設の対応	
第3章 事故の原因、問題点や課題の抽出及びその分析	20
1 送迎バスの運行体制	
2 保育所における児童の出欠確認体制	
第4章 再発防止策及び提言	22
1 児童の所在確認の徹底	
2 施設長及び保育士等職員の協働意識の醸成と安全意識の徹底	
3 保護者との協働による事故防止体制の構築と意識の共有	
4 施設長及び保育士等職員と行政との協働	
【資料1】	28
中間市特定教育・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要綱	

はじめに

保育所や認定こども園等の教育・保育施設等では、乳幼児の主体的な活動を尊重し、支援する必要がある、子どもが成長していく過程において重要な役割を果たしている。また、教育・保育施設等における事故、特に、死亡や重篤な事故とならないよう日頃から予防することが重要であるが、令和3年7月29日に、中間市内の認可保育所において、5歳の男児が、駐車中の送迎バスの車内で横たわった状態で発見され、熱中症により死亡するという大変痛ましい事故が発生した。

検証委員会では、この事故について事実関係の把握や発生原因の分析及び検証を行い、検証委員の専門的な分野である医師、弁護士、教育・保育関係者及び学識経験者の立場から、再びこのような事故が発生しないよう必要な再発防止策を検討するとともに、講ずべき改善策について本報告書で提言をまとめた。

中間市内に限らず、教育・保育に携わる全ての関係者が、この保育事故が与える教訓を心に留め、改めて教育・保育の環境を検証し、子どもの安全・安心が確保される教育・保育環境づくりに努めてくださることを、委員一同、切に願うものである。

第1章 検証の目的、方法及び経過

1 検証委員会の設置

令和3年7月29日に市内の特定教育・保育施設において発生した事故の検証に当たり、国の通知¹及び中間市特定教育・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要綱に基づき、第三者である医師、弁護士、教育・保育関係者及び学識経験者から構成される検証委員会を設置した。

2 検証委員会の委員構成

役職	氏名	選任分野	所属団体等
委員長	笠原 正洋	学識経験者	中村学園大学教授
副委員長	門田 理世	学識経験者	西南学院大学教授
委員 (五十音順)	川原 秀範	弁護士	福岡県弁護士会
	佐藤 弘	医師	(一社) 遠賀中間医師会
	万田 康	教育・保育関係者	(公社) 福岡県保育協会

3 検証の目的

令和3年7月29日に中間市の認可保育所で発生した、5歳の男児が死亡した事故についての事実関係を把握し、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ことを目的とする。

なお、本検証は、事故発生の実事把握、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。

4 検証の方法

以下の5項目に基づき、検証を行った。

- (1) 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実施し、情報の収集及び整理を行う。
- (2) 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。
- (3) 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問題点や課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討する。

¹ 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「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」

- (4) 事故が発生した背景、対応方法、組織の体制、抽出された問題点及び課題等を踏まえ、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。
- (5) 会議は、個人情報保護の観点から原則として非公開とする。ただし、委員長が公開すべき事項として委員会に諮り、承認を受けた事項については、公開する。

5 検証の経過

(1) 検証委員会の経過

	日時及び場所	概要
第1回検証委員会	令和4年2月15日(火) 午後6時30分から9時10分まで ※オンラインでの開催	委員長及び副委員長の選出、検証委員会の目的や検証の進め方、今後のスケジュール等についての確認、事故の概要の説明、確認すべき事項の抽出
第2回検証委員会	令和4年6月15日(水) 午後6時30分から8時20分まで 中間市役所 別館3階 特別会議室	追加調査で判明した事項の説明、発生原因の分析、事故発生前・発生時の状況、発生後の対応等に係る問題点、課題の抽出
第3回検証委員会	令和4年9月22日(木) 午後3時30分から5時まで 中間市役所 別館3階 特別会議室	再発防止策及び提言についての検討
第4回検証委員会	令和4年12月15日(木) 午後3時30分から4時40分まで 中間市役所 別館3階 特別会議室	委員会報告書の取りまとめ

(2) 関係者へのヒアリング実施状況

日程	調査対象	調査内容
令和3年7月30日(金)	園長	事故状況、バス運行状況、出席確認方法、事故の対応状況等
令和3年8月2日(月)	園長	勤務年数、担当業務、バス運行状況、登降園確認状況、安全管理、事故防止体制、職員配置状況、運営状況等
	主任保育士	
	保育士A～C、E～H、J～L、P～S	
	看護師A	
	保育補助A、B	
	事務員A、B	
	バス運転手A～C	
令和3年8月12日(木)	保護者	アンケート調査
令和3年8月16日(月)	園長	保育場所、欠席情報共有、集中保育体制、分散保育体制、出席確認、職員会議、ヒヤリハット事例、事故防止マニュアル
	主任保育士	
	保育士A～C、E、G、K、P	
	保育補助A	
令和4年3月9日(水)	福岡県警	事故発生時の状況
令和4年3月24日(木)	保護者	バス運行状況

第2章 事故の概要等

1 事故の概要

令和3年7月29日（木曜日）午後5時20分頃、中間市の認可保育所において、登園で使用し駐車中の送迎バス車内で5歳の男児（以下、本児という。）が当該保育所職員により発見され、病院に搬送されたが、熱中症による死亡が確認された。

2 施設の概要

種 別	認可保育所（昭和44年8月認可）
設置主体	社会福祉法人（昭和52年4月法人成立）
建築年月	昭和41年10月新築
建物の構造	木造瓦葺平屋建、木造瓦葺2階建
開所時間	午前7時から午後6時まで （延長保育は、午後6時から7時まで）

定員：140人（令和3年7月1日時点利用児童数 139人）

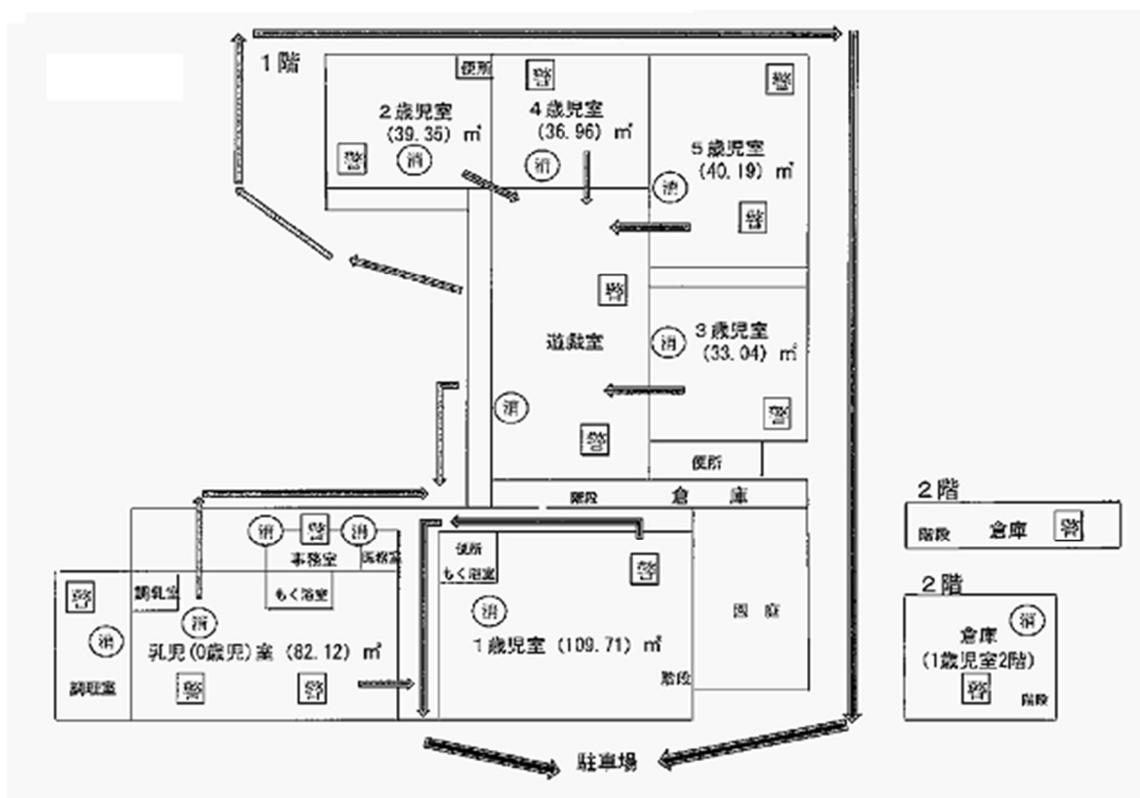
クラス	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	計（人）
定員数	15	26	24	25	25	25	140
人数	17	27	23	28	21	23	139

職員体制：37人（うち保育士（みなし含む）22人）

（令和3年7月1日時点）

職種	人数（人）	うち		備考
		常勤	非常勤	
園長	1	1	0	
主任保育士	1	1	0	
保育士 （保育補助含む）	22	17	5	保育補助2人
看護師	1	1	0	
調理師	4	1	3	
栄養士	1	0	1	
事務員	2	1	1	
運転手	3	0	3	
雇用員	2	0	2	
計	37	22	15	

施設平面図



3 事故発生時の概況

事故の発生場所である保育所の駐車場は、保育所と道路を挟んで向かいに位置している。保育所と駐車場の道路は、幅が4mほどの生活道路で、保育所の先は80mほどで行き止まりとなっており、住宅が両側に10軒ほどある。基本的には、それらの住宅に住んでいる方が通るような道路で、人通りが多い道ではない。

なお、駐車場は、幅16m、横30mほどの大きさである。

発生（異常覚知）日時	令和3年7月29日（木曜日）午後5時20分頃
当日の気象状況	晴れ（降水量0mm） 最高気温 33.1℃（午前11時） 最低気温 24.6℃（午前6時） 本児発見時頃の気温 30.5℃（午後5時）
発生場所	保育所駐車場（保育所の道路を挟んだ向かい）

4 事故発生時の保育体制

事故発生時における児童の出席状況及び職員配置は以下のとおりである。事故の翌日、令和3年7月30日に園長に聞き取りを行ったところ、事故当日は、すいか割りが行われたが、事故の前日に準備が行われており、このイベントによって、特段手が足りないという状況ではなかった。

（1）事故発生時の児童の出席状況 112人

年齢別（4月1日時点の満年齢）クラスの内訳は以下のとおり。

0歳：14人、1歳：24人、2歳：20人、3歳：21人、
4歳：15人、5歳：18人

（2）事故発生時の職員配置 25人（うち保育士17人）

年齢	当日		配置基準	
	出席児童数 (人)	保育士数 (人)	最低必要な 保育士数 (人)	保育士1人が保育 できる児童数
0歳児	7	5	3	児童3人：保育士1人
1歳児	23	4	4	児童6人：保育士1人
2歳児	20	4	4	
3歳児	22	2	2	児童20人：保育士1人
4歳児	20	1	1	児童30人：保育士1人
5歳児	20	1	1	
合計	112	17	15	

※出席児童数の内訳は、事故発生時の満年齢による。

この保育所では、3歳児から5歳児は異年齢児保育、つまり、3歳から5歳までの異なった年齢で編成したグループによる保育を行っていた。グループは、1グループ24人で3グループに分かれていた。このグループの他に年齢別のクラスも従来どおり存在したので、例えば3歳以上児は、3歳クラスとぱんだグループにも所属していた。

日中はグループ単位で活動し、グループごとの部屋となっていた。本児は、網掛けしている5歳児のクラスとうさぎグループに所属していた。なお、このグループによる異年齢保育は、平成29年1月頃から導入されていた。

3歳以上児の担任配置

クラス		令和3年4月	令和3年5月	令和3年6月	令和3年7月
グループ	ぱんだ	保育士E	保育士E	保育士E	保育士E (4)
		保育士B	保育士B		
	りす	保育士A	保育士A	保育士A	保育士A (28)
		保育士V	保育士V	保育士F	保育士F (1(2))
	うさぎ	保育士D	保育士D	保育補助A	保育士B (1(4))
		保育補助A	保育補助A	(保育士D)	保育補助A (3)
年齢別	5歳	保育士D	保育士D	保育士D	保育士B
		保育士B	保育士B		
	4歳	保育士A	保育士A	保育士A	保育士A
		保育補助A	保育補助A	保育補助A	保育補助A
	3歳	保育士E	保育士E	保育士E	保育士E
		保育士V	保育士V	保育士F	保育士F

※網掛け部分が、本児が所属するクラス。

※令和3年7月欄の（ ）は、保育士経験年数。うちかっこは、当該保育所以外での経験年数。

5 事故当日の状況

保育所からの報告、福岡県と中間市が実施した特別指導監査及び中間市が警察へ照会した結果を集約すると、以下のとおりである。

当該保育所では、送迎バスA（園長バス）と送迎バスBの2台のバスで児童の送迎を行っていた。本児が乗っていた送迎バスA（園長バス）は、保育所の駐車場のうち駐車場に面した2つの道路から最も離れた奥の所が通常の駐車位置であり、事故当日も通常の駐車位置に駐車されていた。

時間	内容
7 : 50 頃	第 2 便が保育所から出発。
8 : 00 頃	<ul style="list-style-type: none"> ・本児が送迎バス A（園長バス）第 2 便に乗車（7 人中 2 組 3 人目）した。 ・運転手の園長が降車してスライドドアを開けると、本児が一人で乗り込んだ。 ・母親とは、保育所行事等についての会話のみを交わしている。 ・本児とも挨拶のみで、特に健康状態等のチェックはしていない。
8 : 35 頃	<ul style="list-style-type: none"> ・園長が運転する送迎バス A（園長バス）が保育所駐車場に到着する（添乗の職員なし、園児 7 人乗車）。 ・所定の駐車位置に駐車し、保育所で待っていたお迎え保育士 C がバスのドアを開け、バスから降りた園長とお迎え保育士 C で乗車していた園児 6 人を降ろす。 ・（本児をバスから降ろし忘れた（損ねた）理由） 園長は、本児が一番先に降りたと思い、車内をよく確認せず施錠した。園長は、バスのステップに上がって、残りの搭乗者がいないか目視で確認したが、他の園児が泣いていたことに気を取られ（平時と異なる点）、本児の存在に気がつかなかったと聞き取り時に証言している。また、乗車名簿はあるが、降りるときにチェックはしていなかったと証言している。 そのほか、バス車内では、荷物もまとめて預かっていたため、忘れ物チェックはしなくて良かったと証言しているが、本児の荷物は預かっていた（保護者への追加の聞き取りから、預かっている児童と預かっていない児童がいたようである）。 ・迎えに出たお迎えの保育士 C も、本児が既に降りたと思い（聞き取り時の保育士 C の証言）、園長への確認や車内の確認をしなかった。 ・1、2 歳児は手を繋ぎ、園長とお迎え担当保育士 C で残りの園児の前後を挟んで保育所に誘導した。
9 時－13 時	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所では、欠席情報をホワイトボードに記載し、情報共有していたが、本児の欠席情報は記載されていなかった。 ・保育所内（担任保育士 B、保育補助 A 等）では、本児がいないことを把握していたが、園長に確認せず、休みと推測していた。 ・通常、お昼（12－13 時）頃までに出席簿の整理を行ってお

	り、当日の出席簿には事故欠 ² で整理していた。
17：15	送迎バスBに保護者が迎えに来ていたことで、本児が登園していたことが分かり、バスに添乗していた保育士Bが園長に電話で報告する。
17：20	園長が保育所駐車場に駐車していた送迎バスA（園長バス）の車内を確認したところ、本児が車内で横たわっており、意識がない状況で発見される。
17：23頃	園長が110番、主任が119番通報を行った。数分で警察、救急車ともに到着した。救急隊により人工呼吸等がなされた後、救急搬送される。
18：59	搬送先の病院で、本児の死亡が確認される。 死因：熱中症 死亡推定時刻：午後1時頃

6 本児の状況

事故発生当日の健康状態に異常はなく、午前7時30分に起床し、朝食を食べている。バスカードに、起床時間や健康状態等を保護者が毎朝記入するが、その内容については、特別監査時には警察に押収されていたため不明である。保育所から、水筒は持たせないようにと言われていたため、事故発生当日、水筒は持参していない。本児は、送迎バスA（園長バス）を令和3年7月から利用していた。

なお、発生1週間前からの健康状態も異常はなかった。就寝時間はやや遅め（午後11時頃）で、午前7時から7時30分までの時間帯には起床していた。

事故発生の直近3か月の登園状況は、以下のとおりである。

月	開所日数	出席	病欠	事故欠
7月	22日 (1-28日)	17日	1日	4日
6月	26日	19日	0日	7日
5月	23日	14日	1日	8日

² 体調不良以外の理由での欠席のこと。

7 送迎バス³の運行状況

(1) 園長による送迎バス運行

平成31年4月から、きいろバス（事故時に使用していたバスの前に運行していたバス）の運行を始め、令和2年5月にきいろバスを廃止し、送迎バスA（園長バス）を使用するようになった。保護者のバス利用の要望に添うため、2台の送迎バスを運行していた。

用途・車種は自家用バス（普通）で、16人乗りである。

(2) 送迎バスA（園長バス）の添乗保育士不在

園長への聞き取りによると、運行当初は添乗保育士がいたが、早朝に出勤可能な保育士が不足しており、保育所での朝の受入体制も維持する必要があることから、園長が一人で運転していた。

保育士への聞き取りによると、保育士の中には、園長が一人で送迎バスを運行することを不安視していたものの何も言えず、園長から「保護者の了承もあるので大丈夫」等言われ、それ以上は何も言えなかったというものがあつた。

なお、この運行体制について理事会や評議員会に諮って意見を求めるといふようなことはなかつた。

(3) 送迎バスA（園長バス）の運行時の状況

園長への聞き取りによると、バス到着後に園長がバスを降りて児童をバスの座席に座らせ、その後に運転席に戻ってバスを運転していた。運転速度は、急ブレーキをかける必要があるような速度を出して運転をしているわけではなかつた。

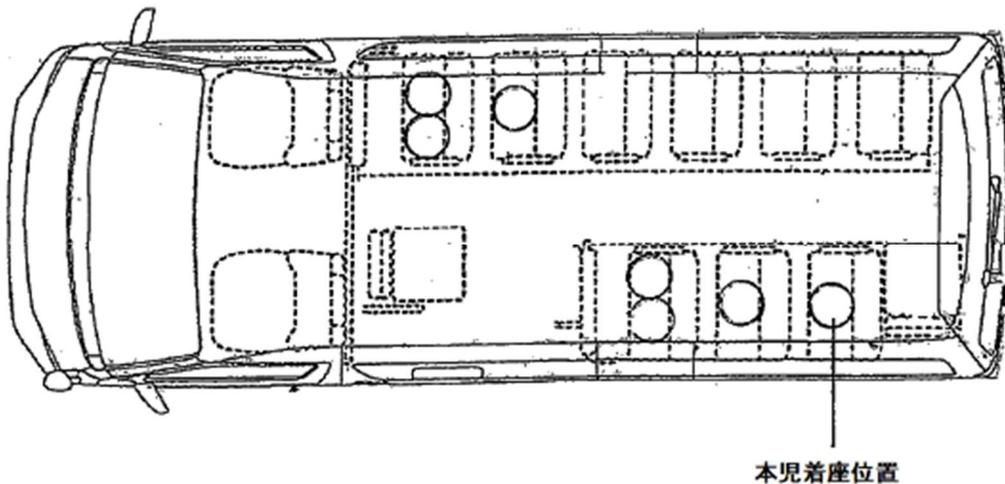
送迎バスA（園長バス）は幼児用車両のため、座席ベルトやチャイルドシートの装着義務が除外されており（道路交通法第71条の3、道路運送車両の保安基準第22条の3）、送迎バスA（園長バス）では、チャイルドシートを使用していなかつた。

バスの座席は指定制ではないが、バスを利用する児童は、ほぼ決まった席に着座していた。保護者も、自分の子どもの着座位置は把握していた。

³ 福岡県が県内保育施設約2,200か所に対して行ったバス等での送迎に係る実態調査によると、送迎を実施していると回答があつた施設は239か所であつた（福岡県保育施設による児童の車両送迎に係る安全管理標準指針（令和3年9月）から）。



警察に照会した内容によると、事故当日の本児の着座位置は下図のとおりである。



バスが到着すると、バスまで児童を迎えに行くお迎え担当保育士がいる。令和3年4月からは保育士Cが担当していた。お迎え担当保育士は、事前にホワイトボードで欠席児がないか把握することで児童数を認識し、送迎バスA（園長バス）に乗っていた児童数は、送迎バスA（園長バス）降車の際に数えることで確認していた。

事故当日もホワイトボードを確認し、バス到着予定時刻になると駐車場へ向かい、バスが保育所へ到着後、園長がバスのドアを開錠した後、スライドドアを開け、児童らを降ろしたと、保育士Cは警察で証言している。

朝の児童受入体制は、午前8時30分より前の時間帯は、1歳児の部屋で合同保育体制を取っていたので、保育士Cが早出の保育士に児童を引き継ぎ、午前8時30分より後の時間帯は、各クラスに引き継いでいた。

令和3年8月に行った特別指導監査時の聞き取りの内容によると、バスの利用者については、児童の受け渡しとともに、いつもバスに乗る児童がバスに乗っていないときは、バスに乗っていないことを情報共有するようにしていたようであるが、本児とのやりとりについては確認できていない（保育士A、Lは、保育士Cが、児童受渡し（早出）の保育士に情報共有していたと証言している。また、保育士Gは、児童がバスに乗っていないときは、その旨聞いていたと証言している。）。

保育士への聞き取りによると、午前8時30分から9時30分までの時間帯に登園する児童が多く、保育士は、荷物の預かりや検温等で忙しくなり、朝は人手が足りないと言った職員がいた（保育士A、G、保育補助A）。また、朝に限らず人手が少ないと言った職員もいた（保育士B、C、E、K、L、Q、看護師A、保育補助B、事務員A、B）。

また、送迎バスA（園長バス）には、ドライブレコーダーが設置されていた。バスの前方を録画するタイプ（音声もあり。）のものであり、バスの中の録画記録はない。事故当日のバス前方の映像と音声データを警察が押収しているが、データの内容について警察から回答を得ることができなかった。

バスの体制

	送迎バスA（園長バス）	送迎バスB
運転者	月・金 運転士A （6月半ば～） 火～木 園長	月・土 運転士B 火～金 運転士C
添乗者	月・金 園長 火～木 なし	保育士 1人
定員	子ども 18人 大人 4人	子ども 18人 大人 4人
朝の利用人数 （7月通常時）	第1便：6人 第2便：7人	第1便：5人 第2便：10人
7月29日朝 の利用人数	第1便：6人 第2便：7人	第1便：8人 第2便：12人
朝の到着時間	第1便：7時48分頃 第2便：8時35分頃	第1便：7時55分頃 第2便：9時00分頃

朝の人数確認	バスカードの回収なし（かばんに入った状態）。 登園時に検温し、作成している検温表をメインとして人数確認を行っていた。	添乗している保育士がバスカードを保護者から必ず回収し、降車時に人数と枚数を照合する。 その後、乗車していた児童のクラスにバスカードを引き継ぎ、各クラスで最終的な出欠確認を行っていた。
バス降車後	園長が清掃、消毒を行っていた。清掃は、朝に消毒し、帰ってから清掃をするようにしていたが、明確なルールはなかった。 事故当日は清掃していない。 荷物はまとめて預かるため、忘れ物チェックはしなくてよかった（園長の証言）。	バスから全員降ろした後に、忘れ物チェック、バスの清掃及び消毒を行っていた。
帰り	運行なし	運行あり

8 児童の出欠確認

欠席情報は、午前9時までは園長が集約し、午前9時以降は事務員が出勤するため、事務員が確認していた。保育所では、基本的には、出欠の情報は連絡アプリである「コドモン」を利用して情報を受けており、その他に電話（事務室にある電話を誰も取ることができない場合は、2コール後に園長の携帯電話に転送されるようになっていた。また、保育士が電話を取るとはなかったと保育士Pが証言している。）、連絡ノート⁴（連絡ノートで把握した欠席情報は各担任がホワイトボードに記入していると保育士Aが証言している。）により欠席の連絡を受けていた。本児については、コドモンを利用していなかったため、欠席確認等で保護者に連絡事項があるときは、園長が保護者に電話連絡をしていた。なお、事故当時、コドモンは、園長と事務員A、事務員Bで確認しており、保育士Aも確認できる状況であった。

保護者から連絡を受けた欠席情報は、集約して、園長又は事務員がホワイトボードに記載し、職員間で共有するルールとなっていたが、事故当日のホワイトボードには、欠席者の中に本児は含まれていなかった。つまり、本児

⁴ 保護者と保育所の間で、連絡事項があるときに使用していたノート。保護者が、前日又は数日前に「○月△日は休みます。」というようなことを記入することで、欠席連絡の役割も果たしていた。

は、事故当日は出席扱いとされていたものの、実際は保育所に来ていない状態であった。本児の担任保育士Bは、この保育所においては、朝に連絡がない児童に対して確認の連絡を行う様子を見たことがなく、この保育所はそういうルールだと思っていたと証言している。

また、グループ所属の保育補助者Aは、送迎バスA（園長バス）の児童は部屋に入るときの検温で出席を確認しており、出席していない児童は、園長へ何らかの連絡が入っていると思っていたと証言している。

今回の事故を受けて実施した特別指導監査で、保育所には、無断欠席の児童の出欠確認について統一したルールがなく、保護者への確認の連絡は各クラスの判断に委ねられていたこと、そして、本児のクラスを含む3歳以上児のクラスでは、普段から、1日程度の無断欠席では確認の電話をしていなかったことが判明した。

9 ガイドライン、マニュアルの存在と運用の実状

保育所では、「事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」「送迎バスに係るマニュアル」「危機管理マニュアル」が作成されていた。

「事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」では、保育の実施に当たって事故防止のために注意すべきことを中心に定められており、児童の出欠確認、送迎バスの運行時の注意点や配慮事項については触れられていなかった。

また、「事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」は、職員へ周知徹底されておらず、事務室のみに保管されており、職員へ配布されていなかったため、活用されていなかった。

「送迎バスに係るマニュアル」は、事務室や各保育室には保管されていたが、園長等への聞きとり時点では、園長、専任運転士も含めた送迎に関わっていた職員の中でマニュアルの存在を知っていた職員はいなかった。

「危機管理マニュアル」も事務室や保育室に保管されていたが、こちらも職員へ周知徹底されておらず、配布もされていなかった。

10 クラス運営、研修及び会議の体制

(1) クラス運営の体制

保育所では、主任、副主任、副主任補、担任、リーダー等の名称が各保育士等に付けられていたが、各々の役割は明確なものではなかった。そのため、各役職における責任の所在も不明確となっていた。

3歳以上児では、年齢別と3歳から5歳児までの縦割りによるグループ別のクラス（ぱんだグループ、りすグループ、うさぎグループ各24人）が混在するクラス編成になっていた。このグループでの活動は、平

成 29 年の 1 月頃から実施していた。縦割りクラスのグループでの活動を開始して、令和 3 年度でおおよそ 5 年目を迎えたところであるが、少しずつグループでの活動時間を伸ばしながら進めており、令和 2 年度までは午前中のみグループでの活動を行っていたが、令和 3 年度になって初めて、1 日を通してグループ別での活動を行うようになったところであった。

一方で、組織体制としては、学年ごとの担任とグループの担任が混在していたので、グループが別で 1 日見ていない児童についても担任であったことから、責任の所在が曖昧であり、責任が及ぶ範囲が別の担任と重複していたため、結果として責任を持って対応する体制となっていなかったことが特別指導監査により判明した。

(2) 研修の体制

特別指導監査においては、特に事故予防のための研修に重点を置いて職員に聞き取りを行ったところ、保育所全体で事故防止のための実践的な研修等は実施されていなかった。職員採用後には、採用時に基礎研修（保育理念、基本方針、保育所の 1 日の流れなど）を行っていた。

ヒヤリハット事例については、保育士から園長等に報告されていたものの、その事例を共有して職員会議等で注意を促し、対応を考えるような場はなく、事故防止に向けた組織的な取組が行われていなかった。

また、縦割りによるグループ保育に係る研修については、園長と保育士 2 人が、縦割り保育を行う保育所に 2 回程度見学に行き得た知識を持ち帰り、その都度、保育内研修を行っていた。

他にも、担当制保育を始められた方を講師として保育所に招いて、グループ保育についても、実際のグループ保育の動きを確認しながらの実践的な研修をこれまでに 4、5 回程度実施していた。

(3) 会議の体制

定例会議として月に 1 回の保育所内研修を行い、その他に、3 歳以上児クラス、3 歳未満児クラスの各担当保育士による会議があった。

なお、朝礼については、朝は園児の受入れで多忙であることを理由に実施されていなかった。

11 当該施設に対する市の指導等

(1) 事故を受けての、これまでの市の対応（主なもの）

令和 3 年 7 月 30 日	福岡県（子育て支援課、嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所）と合同で園長から状況を聴取した。送迎バス運行廃止を承認した。
-----------------	--

令和3年8月2日	福岡県と合同で特別指導監査の実施（職員24人（うち保育士15人）聴取）
令和3年8月6日	認可保育所保護者に対する専用相談ダイヤルの設置（転園、こころの相談）
令和3年8月16日	福岡県と合同で特別指導監査の実施（追加聴取保育士10人）
令和3年8月31日	社会福祉法人に対する改善勧告
令和3年9月9日	福岡県と合同で特別指導監査の実施（不適切保育）
令和3年9月10日	1回目改善報告の受領
令和3年9月14日	福岡県と合同で特別指導監査の実施（不適切保育）
令和3年9月24日	2、3回目改善報告の受領
令和3年10月21日	社会福祉法人に対する改善勧告（不適切保育）
令和3年10月29日	市内の保育所に対し、安全管理マニュアルを送付した。当該マニュアルを基に、各施設で安全管理マニュアルの作成や再確認を依頼した。
令和3年11月22日	不適切保育に係る改善報告書の受領
令和4年1月27日	福岡県と合同で一般指導監査を実施した。特別指導監査の改善状況を確認した。
令和4年7月27日	当該保育所の改善勧告に係る改善への取組状況の確認を行うため、福岡県と合同でヒアリングの実施

（2）過去5年間の一般指導監査

中間市では、子ども・子育て支援法第14条及び第38条に基づき、福岡県による児童福祉法第46条第1項及び児童福祉法施行令第38条の規定に基づく指導監査と合同で、平成28年度以降、指導監査を継続的に実施した。当該保育所に対し、福岡県、中間市いずれも今回の事故に繋がるような大きな指摘は行っていない。

12 事故発生後の施設の対応

（1）送迎バスの運行廃止

令和3年9月17日の改善報告において、福岡県及び中間市に対し、バス運行の廃止が報告された。

(2) 「安全」に関する研修受講

令和3年10月7日	より良い保育を目指して（保育所内研修）
令和3年11月18日	事故・不祥事の発生メカニズムと予防の基礎（保育所内研修）
令和3年12月3日、17日	保健衛生・安全対策（看護師A）
令和4年1月4日	保健衛生・安全対策
令和4年2月19日、26日	アレルギー対策
令和4年2月24日	虐待防止
令和4年5月17日	熱中症対策

※令和4年5月末現在

(3) 朝礼の実施

新園長の就任時（令和3年9月6日）から毎日実施するようになった。園長、主任、記録役の事務員、各クラスの代表が集まり、その日の予定や欠席児童の確認等を行っている。

第3章 事故の原因、問題点や課題の抽出及びその分析

1 送迎バスの運行体制

(1) 送迎時における児童の安全を確保するためには、送迎バスの運転手は運転に専念し、運転以外の業務を行わないようにすべきである。

もともと、本件の場合、人手不足を理由に送迎バスには運転手以外の職員が添乗していなかったため、運転手自身が単独で登園時の児童の乗降確認を行うことを余儀なくされる状況が作られた。

本件の運転手によれば、バスに乗っていた他の児童が泣き出したことにより、当該児童をあやすのに気をとられ、焦る気持ちから児童の乗降確認が疎かになったことが重大な結果発生の一因となったとのことであるが、複数乗車体制が採られていれば、かかる重大な結果発生を防止できた可能性は十分に存在する。

(2) 保育所ではバスカードが作成されており、乗車時にカードを回収し、降車時にカードの枚数と実際の降車人数とを照合することにより、児童の置き去りを防止する体制を構築可能な状況であった。

もともと、本件では、そもそも運転手がバスカードを回収していなかったため、乗車人数と降車人数の不整合という事実運転手が気付けないという結果を招いた。

(3) 保育所到着後は、運転手及び添乗職員が、降車児童を引き継ぐ職員に対し、送迎バスを利用した児童を確実に引き渡す必要がある。

もともと、本件では、上記バスカードの未回収及び後記の杜撰な出欠管理体制により、運転手及び引き継ぎ担当職員の両者が揃って乗車人数と降車人数の不整合を見落とすに至っている。

(4) 保育所は、児童の置き去り防止及び忘れ物の早期発見のために、児童降車後は直ちに車内の点検を実施すべきであるところ、本件では、運転手及び他の職員がいずれも降車後の車内点検を怠っており、このことが置き去り児童の死亡という重大な結果発生の一因となっている。

2 保育所における児童の出欠確認体制

保育所は、児童の出欠確認システムとして、欠席連絡のあった児童の名前をホワイトボードに記載するという管理体制を採用していた。

この点、本件では、当然のことながら被害児童の欠席連絡はなされておらず、被害児童の名前はホワイトボードに記載されていなかった。

ところが、その後被害児童の保護者に対し出欠確認が行われていないにもかかわらず、当日の出席簿には被害児童は事故欠と記載され、その結果、いずれの職員も被害児童が登園していないことに疑問を抱かなかつた。

このように、本件では、欠席連絡の無い児童が実際に登園していなかった

場合における出欠確認システムの欠如が、重大な結果発生の要因となった。

第4章 再発防止策及び提言

教育・保育施設や認可外保育施設等における子どもの死亡事故等の重大事故は、残念ながら後を絶たない。日々の教育・保育においては、乳幼児の主体的な活動を尊重し、支援する必要がある、子どもが成長していく過程で事故の発生を根絶することは現実的には困難である。

もともと、施設における事故、特に、死亡や重篤な事故の発生を防止する努力は怠ってはならない⁵。

令和4年9月5日には、静岡県で同様の事故が発生し、3歳の児童がバスの車内に取り残され、熱射病で死亡している。こうしたことを受けて、国は、令和4年10月12日に「バス送迎に当たっての安全管理の徹底に関する緊急対策『こどものバス送迎・安全徹底プラン』について」を発出し、バス送迎に当たっての安全管理の徹底に関する緊急対策「こどものバス送迎・安全徹底プラン」、そして「こどものバス送迎・安全徹底マニュアル ～みんなの点呼で幼い生命を守る。～」を示している。

以上のことを踏まえながら、再発防止策及び提言について述べたい。

1 児童の所在確認の徹底

(1) これまで行った本件事故の分析を受けて、当委員会は、同種事案の再発防止に向けた再発防止策として、以下の6点を提言する。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 送迎バスにおける複数乗車体制の徹底② 乗車児童の確認の徹底③ 降車児童の確認の徹底④ 児童を全員降車させた後のバス車内の確認の徹底⑤ 児童の出欠確認の徹底⑥ ITの活用 |
|---|

(2) ①送迎バスにおける複数乗車体制の徹底について

送迎バスの安全な運行を図りつつ児童の乗降確認を適切に行うためには、運転手が運転業務に専念し、他の職員がバスに同乗することが不可欠である。

本件においても、運転手に加えて他の職員が同乗していれば、被害児童の置き去りに気付けた可能性は高いと思われる。

(3) ②乗車児童の確認の徹底、③降車児童の確認の徹底について

本件でも、保育所ではバスカードが作成されており、これを乗車時

⁵ 「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（施設・事業者向け、平成28年3月）」から。

に回収し、降車時に児童に個別に交付する運用を徹底していれば、降車人数が一人不足していることに容易に気付けたはずである。

上記の運用がなされていなかった原因は、運転手の単独乗車体制に起因すると思われるが、その場合であっても適切な乗降確認が履行されていれば、本件事故の発生は防止できたはずである。

(4) **④児童を全員降車させた後のバス車内の確認の徹底**について

本件の同種事案が複数発生している現状では、降車後の車内確認は置き去り事故の発生防止のために不可欠である。

本件でも、運転手が降車後の車内確認を適切に履行していれば、結果発生を防止できたことは論を待たない。

(5) **⑤児童の出欠確認の徹底**について

本件では、保護者から欠席の連絡を受けていない児童が実際に登園していないにもかかわらず、保育所は、特に確認すること無く欠席として取り扱った結果、置き去りに気付かないまま重大な結果発生を招いた。

欠席の連絡を受けていない児童が登園していない場合、保育所は、まず保護者に対し改めて出欠確認を行った上で、児童の所在を徹底的に搜索すべきである。

(6) **⑥ITの活用**について

上記①から⑤までは人の力に頼るものであり、ヒューマンエラーが発生することもある。そこで、6つめの提言として**⑥ITの活用**を挙げたい。国の緊急対策では「誰が運転・乗車するかにかかわらず、バスの乗車・降車時に幼児等の所在の確認が確実に行われるようにするため、府省令等の改正により、幼児等の所在確認と安全装置の装備を義務付ける。」とある。もともと、安全装置が故障する可能性もあるため、ITを導入した安全装置を過信することなく、あくまでも安全弁の1つと認識し、①から⑤までを厳守することは当然である。

そこで、自治体等においては、保育所が送迎バスのIT化された安全装置を導入するに当たってその設置にかかる費用を補助し、できる限り保育所の負担を少なくする措置を講じることを提言する。

また、今回ITとして導入されたアプリがアクセス権の制限（一部の職員のみが閲覧可能）によって、当日の出欠確認が見落とされた過失は大きく、ITの導入に際しては、より多くの人々の目でIT機器を管理、使用する保育所内での制度や研修を充実させることが不可避である。各保育所によって導入されるIT機器には違いがあるため、一律の補助は難しいと考えられるが、導入されているITシステムが適切な運営の元で利用されているかどうかを確認することは、補助する場

合には不可欠であると考える。

(7) これら6つの提言を安全弁と捉えたと、仮にいずれか1つに不備があったとしても、残りの安全弁でフォローすることが可能となる。

肝要なのは、これらの安全弁が全て機能不全となる事態を根絶することにある。

そこで、これらを周知徹底する体制を構築すると共に、保育業務に携わる各職員が履行すべき措置の内容を明確にすることが重要である。

そこで、国が示した「こどものバス送迎・安全徹底マニュアル」及び福岡県作成の「保育施設による児童の車両送迎に係る安全管理標準指針」を参考に、マニュアルの作成を義務付け、その定期的な見直しを励行する必要がある。

さらに、マニュアルを作成しただけでは何の効果も生じないことは明らかであり、当該マニュアルに基づく研修を実施し、その内容を全ての職員に定期的に周知・徹底させることが肝要である。

2 施設長及び保育士等職員の協働意識の醸成と安全意識の徹底

いかに優れたシステムやマニュアル、安全装置が存在したとしても、それらを実際に運用するのは現場の職員に他ならない。

児童の所在確認の徹底について、責任を持ってリーダーシップを発揮するのは施設長の責務である。そこで、保育士等職員に対し、何よりも児童の安全が最優先であることを意識して保育に携わる意識を醸成させる必要がある。

重大事案の発生に至る背景には、いわゆる「ヒヤリ・ハット」事例が存在するのが通常であることから、職員会議や研修等でヒヤリ・ハット事例を共有し、重大事故の発生防止のための組織的な取組を行うことが肝要である（国においては、今後、行政や他の施設に共有すべき、命の危険につながりかねないようなヒヤリ・ハット事例の収集などについて、有識者や現場をよく知る団体関係者、先進自治体などの意見を聞き、調査研究が実施される予定である）。

3 保護者との協働による事故防止体制の構築と意識の共有

重大な事故の発生を防止するためには、保育サービスを提供する事業者のみならず、児童の保護者との協働による事故防止策の立案や点検、評価も重要である。事業者目線では気付けない安全措置等が、保護者の視点から見出されることも十分に考えられる。そこで、マニュアルの作成、改定や具体的な事故防止策の作成について保護者も参画するという体制を構築

すべきである。

上記のとおり、本件では、保育所において児童の出欠確認システムに重大な問題が存在し、3歳以上児のクラスでは、普段から1日程度の無断欠席では、保護者に対し出欠確認の電話をしていなかった事実が判明している。このように保育所から保護者への確認連絡を徹底することは当然であるが、他方で無断欠席を行わないよう保護者から保育所への連絡を徹底させることもまた重要である。

保育所のみならず、保護者も含めた全ての関係者の協力によって児童の安全を守るという意識と体制の構築を、当委員会は提言する。

4 施設長及び保育士等職員と行政との協働

今回の事故をもたらした原因の背景には、様々な問題や課題が潜在していると考えられた。当委員会は、今回検証したような事故の再発防止のために、その潜在する問題や課題に対して、施設長や保育士等職員のために何ができるのか。また、行政がとり得るアクションや支援にはどのようなものがあるのか、という保育所と行政の協働の可能性の観点からも議論した。以下、当委員会からの提言を4つ挙げる。

(1) 保育士等職員のための相談窓口の設置

個々の保育所又は保育士等職員が上述した2、3を実施していくには、保育所内において配慮が必要とされる人間関係や役割等、様々な障壁があることが予想される。保育士等職員にとっては、施設長や同僚である保育所等職員に相談しようとしても相談できず、また、日々の保育での困り感を解消する手立てが見つからず、取組みに着手できない場合も想定される。このような問題に対処するために、保育士等職員が平素の悩みや困難に感じていることを率直に相談でき、保育士等職員の立場を守りつつカウンセリングを受けられるような窓口を保育所の外（行政）に設置する。

相談窓口に寄せられる保育士等職員からの相談内容に応じて、彼らの立場を保証しつつ、保育所内における調整や対応を図る、あるいは福祉以外の他部署と横の連携を図るなど、保育所のあらゆるニーズに行政のノウハウを提供する環境づくりが重要である。

(2) 施設長のマネジメント（組織の管理、運営）に対するサポート

保育士等職員への相談窓口の設置意図と同様に、行政機関におかれれば、施設長が抱える人材育成や組織配置など、組織の管理や保育所運営（マネジメント）に関する課題や困難を理解し、サポートする役割を果たすことも必要である。その方策として、施設長が気軽に相談したり、カウンセリングを受けられるよう専門家を配置しておくこと

も有効である。この場合、行政側は監査や指導という役割ではなく、あくまでも子どもの安全・安心、育ちを第一として、保育所の管理、運営をどのように円滑にしていけるのかを施設長と共に考える立場をとる。施設長の困り感に丁寧に寄り添い、共に解決に向けた努力を行うという役割である。例えば「保育所自己評価ガイドライン」をどのように活用すればよいのか、研修の効果が保育に活かされているかをどのように評価すればよいのか、保育士同士の間関係を円滑にするにはどうすればよいのか等の施設長自身が相談できるような制度づくりも質の高い保育を提供していくためには必須であると考えられる。

以上の（１）や（２）の取組みを推進していくことにより、子ども主体の保育が推進されると同時に、保育士等職員が働きやすい職場環境を作ることに繋がることを期待される。また、行政側も保育士等職員や施設長らが抱えている課題や困難を理解することで、更なる支援体制の充実や支援内容の再検討にも繋がると思われる。

（３）全ての保育所等を対象とした研修会の実施

その一方で、全ての保育所等が子どもの生命を守るための安全管理等に関する研修を受けるという仕組みを行政が工夫し実施する必要がある。特に、国が示した「こどものバス送迎・安全徹底マニュアル」等の安全マニュアルについては、早急に研修の場を提供することが求められる。その際、行政は、全ての保育所等の研修機会を保障するために、各自治体の事情等を考慮し、対面研修以外の受講方法（オンライン研修）を導入する等研修会の実施方法に配慮することが肝要である。

このような研修を契機として、各施設長におかれては、安全管理や災害への備え等に関するマニュアルを見直し、改善する取組みに着手していただきたい。マニュアルを作成しただけに終わっていないか、保育士等職員に周知されているか、実際の訓練等の反省や昨今の事故等の提言等を踏まえているか、という観点から、文部科学省が作成した「学校の『危機管理マニュアル』等の評価・見直しガイドライン」も参考にしながら、見直しや改善を行うことである。その取組みを通して、保育士等職員の共通理解や協働性を高めていただきたい。

（４）「こどもまんなか社会」の理念の理解と実現に向けた取組みの推進

令和６年度には、中間市にも「こども家庭センター」が設置され、「こどもまんなか社会」の実現に向けた取組みが推進される予定である。行政は、その理念の周知を図り、その取組みを着実に遂行していく重要な役割がある。全ての子どもの生命を守り、その幸せのために、子どもの保育や教育はどうあるべきか、子育て支援はどうあるべ

きか等を関係者と対話し直面する様々な課題に対応していくことになる。子どもやその家庭を取り巻く諸事情を一望すれば、今や一保育所や一人の施設長だけでは対処できない複雑性と困難を社会全体が抱えていることは明らかである。子どもの生命と幸せを共通の目標として、その地域の保育所等保育施設や学校、子育て支援機関の関係者の総力を結集して対処していく必要がある。

今回の事故調査の中でも、「わからない」「把握していない」「気づかなかつた」等、保育者自身の認識不足や責任感の欠如もとれる発言が散見されたが、このことは「泣いている子がいたので精一杯であった」や「手を取られて把握できていない」等、あと一人誰かがいればという場面であったことも否めない。保育士不足は全国的な問題であり、実際、保育士等の採用募集をかけても、なかなか人が集まらない現状もある。顔の見える自治体ならではの人材ネットワークの構築や人材バンクのような役割、情報交換の場の設置等、人材不足問題に対しても保育所等の困りや課題に寄り添い、共に考えながらサポートできる体制やシステムづくりに貢献していただきたい。

中間市は、人口約4万人、中学校4校、小学校6校、幼稚園6園、保育所5か所、小規模保育所2か所、認定こども園1か所、地域子育て支援拠点1か所を有する自治体である。尊い生命が奪われた痛ましいこの事故を忘れず、子どもの生命と幸せのために、中間市が子育て全てを優しく支える市として成長していかれることを強く願うものである。

【資料 1】

中間市特定教育・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要綱
令和 3 年 11 月 30 日 告示第 189 号

(設置)

第 1 条 市内の子ども・子育て支援法(平成 24 年法律第 65 号)第 27 条第 1 項の特定教育・保育施設、同法第 29 条第 3 項第 1 号の特定地域型保育事業所及び同法第 59 条の地域子ども・子育て支援事業(同条第 2 号、第 5 号、第 6 号及び第 9 号から第 11 号までに掲げる事業に限る。)を行う施設(以下「特定教育・保育施設等」という。)における子どもの死亡事故等の重大な事故(以下「重大事故」という。)について、事実の把握、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、中間市特定教育・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「委員会」という。)を置く。

(所掌事務)

第 2 条 委員会の所掌事務は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 中間市から報告を受けた特定教育・保育施設等における重大事故について、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) 中間市から報告を受けた特定教育・保育施設等における重大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、中間市に報告すること。
- (3) 前 2 号に掲げるもののほか、前条に規定する目的の達成に必要な事項に関すること。

(組織)

第 3 条 委員会は、5 人以内の委員をもって組織する。

(委員)

第 4 条 委員は、必要の都度、特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある者のうちから市長が就任を依頼する。

- 2 委員の任期は、当該委員が前項の規定による依頼を承諾し、所掌事務を開始した日から第 2 条第 2 号の規定による報告を終える日までとする。

(委員長及び副委員長)

第 5 条 委員会に委員長及び副委員長を置き、委員の互選により定める。

- 2 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。
- 3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき、又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第 6 条 委員会の会議(以下「会議」という。)は、委員長が招集し、その議長となる。

ただし、最初の会議については、市長が招集する。

- 2 会議は、委員の過半数が出席しなければ、開くことができない。

3 委員長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、意見又は説明を聴くことができる。

(書面等による会議)

第7条 委員長は、必要があると認めるときは、会議の招集を行わず会議を開催し、書面その他の方法により委員の意見を求めることができる。この場合において、委員長があらかじめ定めた期限までに意見を示した委員は、会議に出席したものとみなす。

2 前項の規定による求めに応じて委員から意見が示されたときは、当該示された意見をもって会議の議事を決定することができる。

3 前条第2項及び第3項の規定は、第1項の規定により会議を開催した場合に準用する。

(会議以外の情報収集等)

第8条 委員会は、必要があると認めるときは、会議によらず、議事に関する情報を収集し、及び議事に関係のある者の意見又は説明を聴取することができる。

(非公開)

第9条 会議その他の委員会の活動は、個人情報保護の観点から原則として非公開とする。ただし、委員長が公開すべき事項として委員会に諮り、承認を受けた事項については、公開することができる。