

## 被告が運営する認可保育所に関して地方公共団体である原告が支弁、交付した保育に要する費用や補助金の返還請求が全額認容された事例

令和2・8・12大阪地裁第2民事部判決、平成30年(行ウ)第4号不当利得返還等請求事件、全部認容【控訴】

### 判決要旨

地方公共団体である原告が、被告が運営する認可保育所に関して支弁、交付した保育に要する運営費や補助金の返還請求権は、私法上の請求権であり、改正前の民法167条1項の適用があるから、消滅時効期間は10年である。

#### 参照条文

平成29年法律第44号による改正前の民法167条1項・703条・704条、会計法30条、地方自治法236条1項

平成29年法律第44号による改正前の民法167条（債権等の消滅時効）1項 債権は、十年間行使しないときは、消滅する。

703条（不当利得の返還義務） 法律上の原因なく他人の財産又は労務によって利益を受け、そのために他人に損失を及ぼした者（以下この章において「受益者」という。）は、その利益の存する限度において、これを返還する義務を負う。

704条（悪意の受益者の返還義務等） 悪意の受益者は、その受けた利益に利息を付して返還しなければならない。この場合において、なお損害があるときは、その賠償の責任を負う。

会計法30条〔金銭債権の消滅時効〕 金銭の給付を目的とする国の権利で、時効に関し他の法律に規定がないものは、これを行使することができる時から五年間行使しないときは、時効によつて消滅する。国に対する権利で、金銭の給付を目的とするものについても、また同様とする。

地方自治法236条（金銭債権の消滅時効）1項 金銭の給付を目的とする普通地方公共団体の権利は、時効に関し他の法律に定めがあるものを除くほか、これを行使することができる時から五年間行使しないときは、時効によつて消滅する。普通地方公共団体に対する権利で、金銭の給付を目的とするものについても、また同様とする。

### Comment

1 本件は、地方公共団体である原告が、社会福祉法人である被告に対し、被告が運営する認可保育所について、運営費・委託費を支弁し、1歳児保育特別対策費や大阪市補助金等交付規則等に基づく各補助金を交付するとともに、被告との合意に基づいて保育士を派遣したところ、原告が被告にこれらを支弁、交付等の要件を欠いていたとして、不当利得返還請求権等に基づき、支弁または交付した金員の返金と派遣した保育士の人件費相当額の支払いを求めた事案であり、主な争点は、①運営費・委託費の返還請求について被告が悪意の受益者であるか否か、②運営費および補助金の返還請求について消滅時効が成立するか否か、③人件費相当の支払請求が信義則に反するか否かである。

2 本判決は、以下のとおり判示して原告の請

求をすべて認容した。なお、原告が被告に支弁、交付した委託費や補助金の詳細は、判決文本文を参照されたい。

#### (1) 認定事実

##### ア 被告について

被告は、保育所の経営を事業目的とする平成21年設立の社会福祉法人であり、平成22年4月1日以降、大阪市長の認可を得て設置した保育所である本件保育所を運営していたが、平成29年6月27日付けで事業停止命令を受け、同年12月27日付けで認可取消決定を受けたため、被告の事業は停止状態にある。

##### イ 原告の被告に対する支払い

##### (ア) 運営費・委託費

原告は、被告に対し、平成23年度から平成28年度にかけて、本件保育所に保育を委託したことによる運営費や委託費、大阪市の各種要項に

基づく補助金を支弁、交付するなどしたが、これらの委託費や補助金等の支弁、交付等の要件を欠いていた。

#### (イ) 保育士の派遣

平成29年4月頃、本件保育所において保育士の退職が相次いだことなどにより、被告による継続した本件保育所の運営が困難となったため、原告は、通所中の乳幼児の保育を確保するための緊急対応として、原告が保育士を派遣することで本件保育所の運営を継続することを提案した。原告と被告は、同月4日、おおむね1ヵ月程度を目途として原告が不足する保育士を本件保育所に派遣し、被告が派遣された保育士の人件費相当額を負担する旨を合意し（なお、派遣の期間は、後に合意により延長された）、同月5日から同年6月29日までの間、保育士を本件保育所に派遣した。

原告は、被告に対し、平成29年9月29日到達の通知書で、原告が被告に対し派遣した保育士の人件費相当額の支払いを催告した。

#### ウ 訴えの提起

原告は、平成30年1月17日、本件の訴えを提起した（顕著な事実）。

#### (2) 本判決の判断

##### ア 被告が悪意の受益者であるか否か

(ア) 被告は、本件保育所において原告から委託を受けた保育を実施し、平成23年度ないし平成26年度には、その費用支弁として「児童福祉法による保育所運営費国庫負担金について」（昭和51年4月16日厚生省発児第59号の2。以下、「本件運営費交付要綱」という）が定める基準による運営費の支払いを、平成27年度および平成28年度には、「特定教育・保育、特別利用保育、特別利用教育、特定地域型保育、特別利用地域型保育、特定利用地域型保育及び特定保育に要する費用の額の算定に関する基準等」（平成27年内閣府告示第49号。以下、「本件委託費告示」という）が定める基準による委託費の支払いを、それぞれ受ける旨の準委任契約を原告との間で締結し、これに基づき、上記各年度に運営費・委託費の支払いを受けたものと認められる。しかるに、被告は、運営費・委託費の加算部分の一部につき、加算要件が欠けているにもかかわらず加算された額の支払いを受けたものであり、法律上の原因なく同額を利得したものであるから、被告は、原告に対し、同額の不当利得返還義務を負う。

そこで、被告が上記不当利得につき悪意の受

益者であり、運営費・委託費の最終の精算日の翌日から支払済みまで年5%の割合（改正前民法404条）による民法704条前段所定の利息の支払義務を負うか否かが問題となる。

(イ) 運営費・委託費の加算要件は、本件運営費交付要綱・本件委託費告示により定められており、また、保育所を運営して運営費・委託費の支払いを受ける社会福祉法人は、保育所の認可申請時の手続や各年度末の時期に開催される次年度の説明会等において、原告から、加算要件につき詳しく記載された資料の配布を受けるとともに説明を受ける（当該説明会に欠席した場合でも配布資料を受領する）ことによって、加算要件を十分に認識した上で、自身が運営する保育所が加算要件を充足する場合には、当該保育所に各加算の適用があることの申請書を提出し、毎月の運営費・委託費を請求して加算された運営費・委託費の支払いを受けるものであり、このことは、被告についても異ならないと認められる。

そして、前記(ア)で不当利得とされる運営費・委託費の加算部分について、その加算要件が欠けることの原因となった事実は、本件保育所の所長として所長設置単価・所長設置加算の適用の理由とされたDが、r幼稚園に勤務し本件保育所に常時専従していなかったこと、本件保育所が職員配置基準または必要保育士数を充足していなかったこと、主任保育士加算の適用の理由とされた保育士がr幼稚園の専任職員として勤務していたことおよび7年とされた職員の平均勤続年数が6年であったことである。これらの事実は、いずれも、本件保育所を運営し、保育士その他の職員を雇用等してその勤怠管理等をし、本件保育所につき加算要件の充足を判断して各加算の適用の申請をし、加算された運営費・委託費を請求してその支払いを受ける被告にとって、客観的に明らかな事実であるから、被告は、前記(ア)で不当利得とされる運営費・委託費の加算部分の支払いを受けるに際し、同加算部分につき加算要件を満たしていないことを認識していたと推認され、この推認を覆すに足りる事情はない。

#### イ 消滅時効の成否

(ア) 運営費・委託費の不当利得返還請求権（前記ア）のうち本件訴え提起日の5年以上前に支払われたものが地方自治法236条1項所定の5年の消滅時効にかかるかが問題となる。

(イ) 普通地方公共団体の有する金銭債権の消

滅時効につき、地方自治法または民法のいずれの規定が適用されるかは、当該債権が公法上の金銭債権であるときは地方自治法の時効に関する規定が、私法上の金銭債権であるときは民法の時効に関する規定が適用されると解するのが相当である（国の普通財産売払代金債権と会計法30条に関する最三判昭和41・11・1民集20巻9号1665頁、判時467号39頁、判タ200号98頁〔以下、「昭和41年最判」という〕）。

(ウ) 運営費に係る返還請求権について

a 本件における運営費に係る返還請求権は、保育を委託して所定の基準により算定される費用額を支弁するとの準委任契約に基づいて支払った運営費の加算部分について、当初から加算要件が欠けていたことを理由に同部分の返還を求めるもの、すなわち、契約上の支払義務がないのにその弁済として支払ったとの法律関係を原因として発生する不当利得返還請求権である。そして、不当利得の制度は、ある人の財産的利得が法律上の原因ないし正当な理由を欠く場合に、法律が、公平の観念に基づいて、受益者にその返還義務を負担させるものであり（最一判昭和49・9・26民集28巻6号1243頁、本誌430号2頁参照）、民法のほかにも不当利得に関する一般的規定はなく、不当利得関係が生じる当事者が私人同士である場合と一方当事者が普通地方公共団体である場合とでその法律関係に本質的な差異はないから、後者の場合であっても、その法律関係は本質上私法関係というべきである。

そして、当初から加算要件に欠ける運営費の返還請求権につき、不当利得に関する民法の規定と異なる取扱いを定める実定法上の規定は存在しない。被告がその主張において引用する補助金適正化法および改正前児童福祉法施行令の各条項は、国庫または都道府県の負担金の取扱いに係るものであり、市町村が保育を委託した保育所を運営する社会福祉法人に支払った運営費の取扱いに係るものではない。

b また、普通地方公共団体の権利義務を早期に決済する必要などの行政上の便宜（会計法30条に関する最三判昭和50・2・25民集29巻2号143頁、判時767号11頁〔以下、「昭和50年最判」という〕参照）の観点から見たときにも、運営費の支払請求権が公法上の関係から継続的に発生する債権であり、権利義務を早期に決済すべきという要請が妥当するといい得るのに対し、支払義務がないのに弁済として支払った運

営費に係る返還請求権は、支払いの原因が欠ける場合における公平の理念に基づいて発生する債権であるから、その場合には権利義務を早期に決済すべきという要請を考慮すべき合理的根拠が乏しく、地方自治法の消滅時効の規定を適用すべき根拠があるとはいえない。

c したがって、運営費に係る不当利得返還請求権は、私法上の金銭債権であり、民法の消滅時効に関する規定が適用されるから、消滅時効期間は10年である（改正前民法167条1項）。

(エ) 補助金に係る返還請求権について

a 1歳児保育特別対策費、障がい児補助金および長時間補助金（以下、「本件各補助金」という）は、国の補助金につき補助金適正化法の適用がありその交付決定が行政処分と解されるのと異なり、原告が大阪市民間保育所1歳児保育特別対策費交付要綱（以下、「1歳児保育特別対策費要綱」という）や大阪市補助金等交付規則（平成18年大阪市規則第7号）および大阪市民間保育所等運営補助金交付要綱（以下、「運営補助金要綱」という）に基づいて保育所を運営する事業者に対し交付する補助金であって、資金の給付を求める事業者の申込みに対する承諾という性質を有する非権力的な給付行政に属するものであるから、その法的性質は、行政処分が介在することのない原告から事業者に対する資金の贈与または負担付贈与であると認められる。

そして、本件各補助金に係る返還請求権は、1歳児保育特別対策費要綱および運営補助金要綱が定める交付要件を充足する事業者につき必要となる人件費を補助する目的で贈与された補助金につき、その目的が存在しなかったために当初から法律上の原因のない給付を事業者が利得したとの法律関係を原因として発生する不当利得返還請求権であるから、その法律関係は本質上私法関係というべきである。また、本件各補助金の交付関係には行政処分が介在しておらず、本件各補助金に係る返還請求権につき、不当利得に関する民法の規定と異なる取扱いを定める実定法上の規定は存在しない。さらに、行政上の便宜の観点から見たときにも、本件各補助金に係る不当利得関係に地方自治法の消滅時効の規定を適用すべき根拠があるとはいえないことは、前記(ウ)と同様である。

b したがって、本件各補助金に係る不当利得返還請求権は、私法上の金銭債権であり、消滅時効期間は10年である。

(オ) 以上の次第であるから、本訴請求債権について、地方自治法の消滅時効の規定が適用される部分はなく、原告の運営費・委託費に係る不当利得返還請求、1歳児保育特別対策費に係る不当利得返還請求および大阪市補助金等交付規則等に基づく各補助金に係る不当利得返還請求は、附帯請求を含め、いずれも理由がある。

ウ 人件費相当額の支払請求が信義則に反するか否か

人件費相当額の支払請求が信義則に反すると評価すべき根拠として被告が主張する事実、すなわち、本件保育所の保育士2名が原告の職員から不当な事情聴取を受けたことが原因で退職した、原告がマイナス面の説明をしないことによって被告において保育士の派遣を受け入れるよう誘導した、原告が被告に事前に知らせることなく保護者説明会を開催し、保護者に対し、被告が保育士の確保につき何ら対応していないかのように説明したなどの事実を認めるに足りる証拠はなく、本件保育所の保育士不足を生じさせた原因が原告にあることを前提とした信義則違反の主張は、理由がない。

本件保育所に被告の費用負担で原告から保育士を派遣することは、本件保育所における保育士不足（これが原告の責任に帰するものと認められないことは上記のとおりである）への緊急の対応として原告と被告との間で合意されたものであり、派遣された保育士が稼働することによって被告による本件保育所の運営が継続された以上、仮に、被告において、新たな保育士を確保することが困難な状況の中で短期間で保育士不足を解消するよう原告から強く要求されたことに不満を覚えることがあったとしても、保育士の派遣を受けたことと対価関係にある人件費相当額の費用負担を被告が免れるべき事情があったということはできない。

したがって、人件費相当額の支払請求が信義則に反するとの被告の主張は理由がない。

### 3 説明

(1) 国や地方公共団体の公法上の債権については、会計法30条、地方自治法236条1項が、それぞれ、国または普通地方公共団体の金銭の給付を目的とする権利で、時効に関し他の法律に規定がないものは、5年間これを行わないときは、時効により消滅するとしている。

しかし、国や地方公共団体が有する金銭債権であっても、私法上の法律関係と目的性質を異にするものではない法律関係から生じたもの

は、私法上の債権であり、これについては、会計法30条や地方自治法236条1項の適用はなく、民法の消滅時効に関する規定が適用されるというのが判例の立場である（本判決が引用する昭和41年最判参照）。

(2)ア 国や地方公共団体の債権が公法上のものであるとするか、私法上のものであるかについては、以下の判例がある。

#### ① 昭和41年最判

本件売買のごとき国の普通財産の売払いは、所論国有財産法および会計法の各規定に準拠して行われるとしても、その法律関係は本質上私法関係というべきであり、その結果生じた代金債権もまた私法上の金銭債権であって、公法上の金銭債権ではないから、会計法30条の規定により5年の消滅時効期間に服すべきものではない。

② 最大判昭和45・7・15判時597号55頁、判タ251号166頁

弁済供託は、民法上の寄託契約の性質を有するものであるから、供託金の払渡請求権の消滅時効は民法の規定により、10年をもって完成する。

#### ③ 昭和50年最判

会計法30条が金銭の給付を目的とする国の権利および国に対する権利につき5年の消滅時効期間を定めたのは、国の権利義務を早期に決済する必要があるなど主として行政上の便宜を考慮したことに基づくものであるから、同条の5年の消滅時効期間の定めは、上記のような行政上の便宜を考慮する必要がある金銭債権であって他に時効期間につき特別の規定のないものについて適用されるものと解すべきである。そして、国が、公務員に対する安全配慮義務を懈怠し違法に公務員の生命、健康等を侵害して損害を受けた公務員に対し損害賠償の義務を負う事態は、その発生が偶発的であって多発するものとはいえないから、同義務につき前記のような行政上の便宜を考慮する必要はなく、また、国が義務者であっても、被害者に損害を賠償すべき関係は、公平の理念に基づき被害者に生じた損害の公正な填補を目的とする点において、私人相互間における損害賠償の関係とその目的性質を異にするものではないから、国に対する右損害賠償請求権の消滅時効期間は、会計法30条所定の5年と解すべきではなく、民法167条1項により10年と解すべきである。

④ 最二判平成17・11・21判時1922号78頁、

判タ1202号247頁

公立病院において行われる診療は、私立病院において行われる診療と本質的な差異はなく、その診療に関する法律関係は本質上私法関係というべきであるから、公立病院の診療に関する債権の消滅時効期間は、地方自治法236条1項所定の5年ではなく、民法170条1号により3年と解すべきである。

イ なお、上記の昭和41年最判と昭和50年最判の関係については、債権を公法上の債権と私法上の債権に二分し、会計法30条の5年の消滅時効期間の適用の有無を定めることは、同条が国の権利義務を早期に決済するという行政上の便宜・効率化をはかるために5年の消滅時効期間を定めたという同条の趣旨目的を無視するものであり、また、そもそも係争債権が公法上の

ものか私法上のものかは明確ではないとの批判があることをも考慮して、昭和50年最判は上記のような判断基準を示したものであり、昭和41年最判と昭和50年最判の判決理由は矛盾するものではない（柴田保幸・昭和50年度最判解〔民事篇〕71頁）とされている。

#### 4 本判決の意義について

本判決も、これまでの最高裁判決の判断基準をもとに、運営費の支弁の根拠、補助金の交付の根拠を詳細に認定した上で、これらが不当利得返還請求権の性質を有するものであり、私法上の債権であるとして、消滅時効期間を旧民法167条の10年としたものである。

本判決はその他、民法704条の悪意の受益者の認定もしており、実務上、参考になると思われる。

## 判決

<当事者>（編集注・一部仮名）

原告	大阪市
同代表者市長	H
同訴訟代理人弁護士	
同	
被告	社会福祉法人Y
同代表者理事	G
同訴訟代理人弁護士	

### 【主文】

- 1 被告は、原告に対し、3942万0561円及びうち別表1の「内金」欄記載の各金員に対する同表の「年月日」欄記載の各日から各支払済みまで年5%の割合による金員を支払え。
- 2 被告は、原告に対し、307万9310円及びこれに対する平成30年5月26日から支払済みまで年5%の割合による金員を支払え。
- 3 被告は、原告に対し、次の(1)ないし(3)の各金員を支払え。
  - (1) 1316万1000円
  - (2) 前記(1)の金員のうち別表2の「内金」欄記載の各金員に対する同表の「年月日」欄記載の各日から各支払済みまで年10.95%の割合による金員
  - (3) 前記(1)の金員に対する平成29年11月1日から支払済みまで次のアないしウの各割合による金員
    - ア 平成29年11月1日から同年12月31日までは年9.0%の割合
    - イ 平成30年1月1日から令和2年12月31日までは年8.9%の割合
    - ウ 令和3年1月1日以降は当該年の特例基準割合（当該年の前年に租税特別措置法（昭和32年法律第26号）第93条第2項の規定により告示さ

れた割合に年1%の割合を加算した割合）に年7.3%の割合を加算した割合

4 被告は、原告に対し、588万1140円及びうち581万7181円に対する平成30年5月26日から支払済みまで年5%の割合による金員を支払え。

5 訴訟費用は被告の負担とする。

6 この判決は、仮に執行することができる。

### 【事実及び理由】

#### 第1 請求

主文同旨

#### 第2 事案の概要

##### 1 事案の要旨

(1) 地方公共団体である原告は、社会福祉法人である被告に対し、被告が運営する認可保育所について、その保育に要する費用を支弁し、補助金を交付し、また、保育士を派遣した。

(2) 本件は、原告が、被告に対し、上記費用の支弁及び補助金の交付について、その要件が欠けていたと主張して、次のアないしウのとおり、その返還及び利息等の支払を求めるとともに、次のエのとおり、合意に基づき、派遣した保育士の人件費相当額の支払をを求める事案である。

ア 運営費・委託費の返還請求（主文1項関係）

不当利得返還請求権に基づき、原告が被告に対し準委任契約に基づき別表1の「年度」欄記載の各年度に支弁した運営費・委託費のうち支弁の要件に欠ける合計3942万0561円（同表の「内金」欄記載の金額の合計）及びこのうち同表の「内金」欄記載の各金員に対する同表の「年月日」欄記載の各日（各年度における最終の精算日の翌日）から各支払済みまで年5%の割合（平成29年法律第44号による改正前の民法404条。以下、同改正前の民法を「改正前民法」という。）による民法704条前段所定の利息の支払請求

イ 1歳児保育特別対策費の返還請求（主文2項関係）



▽幼稚園のお泊り保育中に行われた川遊びにおいて、川の増水により園児らが流れされ、うち園児1名が死亡するなどの事故について、水量や流速の増加により園児らの生命、身体に重大な危険が及ぶ蓋然性につき予見可能性があることを前提として、その危険を防止するための措置を怠った注意義務違反があったとして、園児1名の死亡に関し、当時の園長に対する不法行為に基づく損害賠償請求及び幼稚園を運営する法人に対する使用者責任に基づく損害賠償請求を認めたる事例

不法行為に基づく損害賠償等請求事件、松山地裁西条支部第二五(ウ)一七号、平成30・12・19判決、一部認容、一部棄却(確定)

### 一 事案の概要

本件は、Y<sub>1</sub>が運営する本件幼稚園で実施された本件お泊り保育において、本件幼稚園の園長であるY<sub>2</sub>並びに本件幼稚園の教諭であるY<sub>3</sub>ないしY<sub>4</sub>が、園児らを川で遊ばせていた(本件活動)

ところ、本件増水が生じ、園児らの一部が流れされ、そのうちAが死亡し、X<sub>1</sub>が傷害を負ったこと(本件事故)などについて、本件幼稚園の園児又は園児の親であるX<sub>2</sub>らが、Y<sub>1</sub>ないしY<sub>4</sub>、Y<sub>1</sub>の当時の理事長であったY<sub>0</sub>を相手として、訴訟提起をした事案である。

X<sub>2</sub>らの請求の主要部分は、Y<sub>2</sub>ないしY<sub>0</sub>に本件事故に関する注意義務違反(安全配慮義務違反)があったとして、同人らに対しては、民法七〇九条に基づき、Y<sub>1</sub>に対しては、私立学校法二九条や民法七二五条(使用者責任)などに基づき、損害賠償金及び遅延損害金の支払を求めるものである。

### 二 本判決の意義

(1) 本件では、安全配慮義務違反(結果回避義務違反)の前提として、結果についての予見可能性の有無が主たる争点となっている。

X<sub>2</sub>らの主張は多岐にわたるが、その主要部分は、本件活動場所において、増水など河川の変化が生じた場合、園児らを安全に退避させることが著しく困難になることが予見可能であったとして、本件活動を計画したこと自体が注意義務違反であり、また、仮に本件活動を計画したこと自体は許容されるとしても、増水時の対処法についての検討、ライフジャケットなどの救命具の携行の検討など危険発生防止のための準備を怠ったことも注意義務違反で

あるというものである。

これに対し、Y<sub>2</sub>らは、本件事故では、突如鉄砲水が押し寄せ、急激な増水が生じたものであるところ、結果回避義務違反が認められるためには、単なる増水ではなく、晴天時にこのような急激な増水が生じることについての具体的な予見可能性が必要であるとした上で、本件当時の幼稚園教育の実践における標準的な安全対策の水準によれば、Y<sub>2</sub>らに前記のような予見可能性はなかった旨を主張した。

本判決では、本件活動場所の地理的状況や、本件当時にインターネットなどで一般人が知り得た河川の安全に関する情報などに照らせば、本件活動場所付近が晴れていても、上流域の降雨によって、本件活動場所付近においても河川の変化が生じ、ある程度の水量や流速の増加(増水等)の危険性があること、及び、増水等が生じることにより、園児らを安全に退避させることが著しく困難な状況となり、これにより園児らの生命・身体に重大な危険が及ぶ蓋然性が高いことが、Y<sub>2</sub>ないしY<sub>4</sub>と同様の立場にある一般人において予見可能であったと認めた。そして、前記の予見可能性があった以上は、これを回避するために、本件活動の計画準備段階において、園児らのライフジャケットを準備し、本件事故の当日、これを園児らに適切に装着させる義務を

結果回避義務として負っていたものと認め、Y<sub>2</sub>らの主張するような鉄砲水による急激な増水か否かは、このような結果回避義務を基礎づける上で重要なものではなく、予見可能性の対象にはならないとした。他方、前記の結果回避義務を尽くしていても、なおも園児らの生命・身体に重大な危険が生じる蓋然性があることについて予見可能性があったものと認めることはできないとして、本件活動を中止すべき義務については認めなかった。

このように、本判決は、結果回避義務の前提となる予見可能性について、具体的な予見可能性が必要であることを前提としつつも、現実が生じた結果全てについて予見可能性を必要とするのではなく、あくまで結果回避義務を基礎づける上で重要な部分について予見可能性を必要としている。その上で、ライフジャケットの準備義務との関係では、予見可能性を認める一方、本件活動の中止義務との関係では予見可能性を認めず、いわば、結果回避義務との相関関係において、予見可能性を捉えている。

(2) また、本件では、誰が安全配慮義務の主体となるかも争点となった。本判決は、本件活動の準備に関し、Y<sub>0</sub>が本件お泊り保育の担当で、スケジュールの作成、バスの手配、施設との連絡等の準備を行っていたこと、主任

教諭であるY<sub>3</sub>が、本件お泊り保育の準備について助言すべき立場にあったこと、本件お泊り保育の実施についての最終的な決定権限は園長であるY<sub>2</sub>にあったこと、本件お泊り保育について

は、Y<sub>1</sub>の本部には報告しておらず、本件幼稚園としての判断で行っていたことを認定した。その上で、本件活動の計画準備段階において、安全配慮面では、Y<sub>2</sub>の責任において決定されるべきであったものとして、Y<sub>2</sub>につき安全配慮義務違反を認めた。他方で、Y<sub>6</sub>については、前年度までの例に倣ってスケジュールの作成等を行うことが想定されていたとし、Y<sub>3</sub>についても、本件お泊り保育に関し、いかなる事務を行うべき立場にあったかは必ずしも明確ではないとして、いずれについても例年とは異なる安全配慮面の検討を行うべき立場にあったとは認められないとし、安全配慮義務違反を認めなかった

(このほか、本件お泊り保育に参加したY<sub>4</sub>、Y<sub>5</sub>がいしY<sub>9</sub>についても、安全配慮義務違反を否定している。)

また、本件当時のY<sub>1</sub>の理事長であったY<sub>10</sub>については、本件幼稚園の園児らの安全確保のために、教諭らを指導・監督すべき一般的義務を負っていたとしつつも、Y<sub>1</sub>が本件幼稚園を含めて八つの幼稚園を運営していたことも踏まえ、理事長であるY<sub>10</sub>に、本件お

泊り保育等の情報を詳細に把握して、安全配慮面での措置を具体的に検討すべき義務があったとまではいえないとし、Y<sub>10</sub>につき安全配慮義務違反を認めなかった。

このように、本判決は、一般的な指導監督義務から直ちに安全配慮義務を認めるのではなく、本件活動の計画準備段階での具体的な事実関係等を踏まえ、安全配慮面での措置についての具体的な検討を誰が行うべき立場にあったかを認定している。

(3) なお、本判決に先立ち、本件事故に関し、Y<sub>2</sub>、Y<sub>3</sub>、Y<sub>5</sub>は、業務上過失致死傷事件の被告人として、起訴され、Y<sub>2</sub>につき、業務上の過失によりAを死亡させたとして、罰金五〇万円に処するとの判決が、Y<sub>3</sub>及びY<sub>5</sub>につき、無罪判決がそれぞれなされ(松山地判平28・5・30裁判所HP(平二六(物)八一号)、いずれも確定しているが、本判決では、同事件と同趣旨の判断がなされたものと考えられる。

本判決で争点となった具体的予見可能性や安全配慮義務の主体については、学校事故などにおいて、しばしば問題となり得るものであり、本判決の判断は実務上参考になると考えられるので紹介する次第である。

(仮名)

《参照条文》 民法七〇九条・七一五条

《当事者》

原告 X<sub>1</sub>、X<sub>2</sub>  
上記二名訴訟代理人弁護士

被告 学校法人Y<sub>1</sub>  
同代表者理事長

被告 Y<sub>2</sub>、Y<sub>10</sub>  
上記一〇名訴訟代理人弁護士

四 訴訟費用は、被告学校法人Y<sub>1</sub>に生じた費用は、これを七五〇分し、その五を被告学校法人Y<sub>1</sub>の、その六五〇を原告X<sub>1</sub>の、その七五を原告X<sub>2</sub>の、その六を原告X<sub>1</sub>の負担とし、その余を原告X<sub>3</sub>、原告X<sub>4</sub>、原告X<sub>5</sub>、原告X<sub>6</sub>、原告X<sub>7</sub>、原告X<sub>8</sub>、原告X<sub>9</sub>及び原告X<sub>10</sub>の負担とし、被告Y<sub>2</sub>に生じた費用は、これを二七五分し、その五を被告Y<sub>2</sub>の、その二六五を原告X<sub>1</sub>の、その七五を原告X<sub>2</sub>の、その六を原告X<sub>1</sub>の負担とし、その余を原告X<sub>3</sub>、原告X<sub>4</sub>、原告X<sub>5</sub>、原告X<sub>6</sub>、原告X<sub>7</sub>、原告X<sub>8</sub>、原告X<sub>9</sub>及び原告X<sub>10</sub>の負担とし、被告Y<sub>3</sub>、被告Y<sub>4</sub>、被告Y<sub>5</sub>、被告Y<sub>6</sub>、被告Y<sub>7</sub>、被告Y<sub>8</sub>、被告Y<sub>9</sub>及び被告Y<sub>10</sub>に生じた費用は、これを二三〇分し、その八五を原告X<sub>1</sub>の、その四〇を原告X<sub>2</sub>の、その三を原告X<sub>1</sub>の負担とし、その余を原告X<sub>3</sub>、原告X<sub>4</sub>、原告X<sub>5</sub>、原告X<sub>6</sub>、原告X<sub>7</sub>、原告X<sub>8</sub>、原告X<sub>9</sub>及び原告X<sub>10</sub>の負担とする。

【主文】 一 被告学校法人Y<sub>1</sub>及び被告Y<sub>2</sub>は、原告X<sub>1</sub>に対し、連帯して、五九万九一〇〇円及びこれに対する平成二五年八月四日から支払済みまで年五分の割合による金員を支払え。

二 被告学校法人Y<sub>1</sub>及び被告Y<sub>2</sub>は、原告X<sub>2</sub>に対し、連帯して、四九万九二五〇円及びこれに対する平成二五年八月四日から支払済みまで年五分の割合による金員を支払え。

三 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。

五 この判決は、第一項及び第二項に限り、仮に執行することができ

【事実及び理由】 第一 請求

一 被告学校法人Y<sub>1</sub>(以下「被告法人」という。)は、原告X<sub>1</sub>に対し、一億円及びこれに対する平成二五年八月四日(以下、「第一 請求」)において、日付はいずれも



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

【事故防止のための取組み】

～施設・事業者向け～

平成 28 年 3 月

## ○はじめに

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などの重大事故は、残念ながら毎年発生しています。

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怪我が一切発生しないことは現実的には考えにくいものです。そうした中で、施設・事業所における事故（以下「事故」といいます。）、特に、死亡や重篤な事故とならないよう予防と事故後の適切な対応を行うことが重要です。

今回お示しする「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（以下「ガイドライン」といいます。）」は、死亡や重篤な事故への対応を念頭に置いています。

平成 27 年 4 月に施行された子ども・子育て支援新制度においては、「特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の運営に関する基準」（平成 26 年内閣府令第 39 号）第 32 条第 1 項第 1 号及び第 50 条の規定において、特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者は、事故が発生した場合の対応等が記載された事故発生防止のための指針を整備することとされています。

これを踏まえ、特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業、さらには認可外保育施設・事業も含め、施設・事業者、地方自治体が、それぞれの実情に応じて体制整備や教育・保育等を実施していくに当たって参考としていくものとして、このガイドラインを作成しました。ガイドラインに書かれている内容は、技術的な助言に相当するものです。

各施設・事業者、地方自治体においては、このガイドラインを参考として、それぞれの実情に応じて、具体的な指針等を策定し、教育・保育等を実施することが必要です。

このガイドラインは、事故の発生防止等のための取組みの第 1 歩となるものです。今後、実際に施設・事業者、地方自治体が運用していく状況を踏まえ、引き続き見直しを行うべきものと考えています。

(注1) このガイドラインが念頭に置いている対象施設・事業は、特定教育・保育施設（確認を受けた認定こども園、幼稚園、保育所）、特定地域型保育事業（小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育）、地域子ども・子育て支援事業（子どもを預かる事業に限る。一時預かり事業、延長保育事業、病児保育事業）、認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業です。

(注2) このガイドラインにおける「死亡事故等の重大事故」とは、死亡事故（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含む。）に加え、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）のことをいいます。

※本ガイドラインは、「平成27年度教育・保育施設等の事故防止のためのガイドライン等に関する調査研究事業検討委員会」により作成されたものです

平成28年3月

## ○目次

1	事故の発生防止（予防）のための取組み	
	(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等	1
	(2) 職員の資質の向上	7
	(3) 緊急時の対応体制の確認	8
	(4) 保護者や地域住民等、関係機関との連携	9
	(5) 子どもや保護者への安全教育	9
	(6) 設備等の安全確保に関するチェックリスト	9
	(7) 事故の発生防止のための体制整備	9
2	事故の再発防止のための取組み	
	(1) 再発防止策の策定	11
	(2) 職員等への周知徹底	11
	(参考例)	12
	(参考資料の一覧)	54
	(参考文献、地方自治体等の取組み例の一覧)	55

## 1 事故の発生防止（予防）のための取組み

### (1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等

安全な教育・保育環境を確保するため、子どもの年齢（発達とそれに伴う危険等）、場所（保育室、園庭、トイレ、廊下などにおける危険等）、活動内容（遊具遊びや活動に伴う危険等）に留意し、事故の発生防止に取り組む。特に、以下の①で示すア～オの場面（睡眠中、プール活動・水遊び中、食事中等の場面）については、重大事故が発生しやすいため注意事項を踏まえて対応する。

#### ① 重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項について

##### ア 睡眠中

##### ○ 乳児の窒息リスクの除去

以下の点を含む乳児の窒息リスクの除去を、睡眠前及び睡眠中に行う。

#### Point 窒息リスクの除去の方法

- ・ 医学的な理由で医師からうつぶせ寝をすすめられている場合以外は、乳児の顔が見える仰向けに寝かせることが重要。何よりも、一人にしないこと、寝かせ方に配慮を行うこと、安全な睡眠環境を整えることは、窒息や誤飲、けがなどの事故を未然に防ぐことにつながる。
- ・ やわらかい布団やぬいぐるみ等を使用しない。
- ・ ヒモ、またはヒモ状のもの（例：よだれかけのヒモ、ふとんカバーの内側のヒモ、ベッドまわりのコード等）を置かない。
- ・ 口の中に異物がないか確認する。
- ・ ミルクや食べたもの等の嘔吐物がないか確認する。
- ・ 子どもの数、職員の数に合わせ、定期的に子どもの呼吸・体位、睡眠状態を点検すること等により、呼吸停止等の異常が発生した場合の早期発見、重大事故の予防のための工夫をする。

※他にも窒息のリスクがあることに気づいた場合には、留意点として記録し、施設・事業所内で共有する。

## イ プール活動・水遊び

- プール活動・水遊びを行う場合は、監視体制の空白が生じないように専ら監視を行う者とプール指導等を行う者を分けて配置し、また、その役割分担を明確にする。
- 事故を未然に防止するため、プール活動に関わる職員に対して、子どものプール活動・水遊びの監視を行う際に見落としがちなリスクや注意すべきポイントについて事前教育を十分に行う。

### Point プール活動・水遊びの際に注意すべきポイント

- ・ 監視者は監視に専念する。
- ・ 監視エリア全域をくまなく監視する。
- ・ 動かない子どもや不自然な動きをしている子どもを見つける。
- ・ 規則的に視線を動かしながら監視する。
- ・ 十分な監視体制の確保ができない場合については、プール活動の中止も選択肢とする。
- ・ 時間的余裕をもってプール活動を行う。 等

- 施設・事業者は、職員等に対し、心肺蘇生法を始めとした応急手当等及び119番通報を含めた緊急事態への対応について教育の場を設け、緊急時の体制を整理し共有しておくとともに、緊急時にこれらの知識や技術を活用することができるように日常において実践的な訓練を行う。

## ウ 誤嚥（食事中）

- 職員は、子どもの食事に関する情報（咀嚼・嚥下機能や食行動の発達状況、喫食状況）について共有する。また、食事の前には、保護者から聞き取った内容も含めた当日の子どもの健康状態等について情報を共有する。
- 子どもの年齢月齢によらず、普段食べている食材が窒息につながる可能性があることを認識して、食事の介助及び観察をする。

- 食事の介助をする際の注意としては、以下のことなどが挙げられる。

**Point 食事の介助をする際に注意すべきポイント**

- ・ ゆっくり落ち着いて食べることができるよう子どもの意志に合ったタイミングで与える。
  - ・ 子どもの口に合った量で与える（一回で多くの量を詰めすぎない）。
  - ・ 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）。
  - ・ 汁物などの水分を適切に与える。
  - ・ 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。
  - ・ 正しく座っているか注意する。
- 食事中に誤嚥が発生した場合、迅速な気付きと観察、救急対応が不可欠であることに留意し、施設・事業者の状況に応じた方法で、子ども（特に乳児）の食事の様子を観察する。特に食べている時には継続的に観察する。
  - 過去に、誤嚥、窒息などの事故が起きた食材（例：白玉風のだんご、丸のままのミニトマト等）は、誤嚥を引き起こす可能性について保護者に説明し、使用しないことが望ましい。

【参考例1参照】

**エ 誤嚥（玩具、小物等）**

- 口に入れると咽頭部や気管が詰まる等窒息の可能性のある大きさ、形状の玩具や物については、乳児のいる室内に置かないことや、手に触れない場所に置くこと等を徹底する。
- 手先を使う遊びには、部品が外れない工夫をしたものを使用するとともに、その子どもの行動に合わせたものを与える。
- 子どもが、誤嚥につながる物（例：髪ゴムの飾り、キーホルダー、ビー玉や石など）を身につけている場合もあり、これらの除去については、保護者を含めた協力を求める。

- 窒息の危険性があった玩具やこれまでに窒息事例があるものと類似の形状の玩具等については、施設・事業所内で情報を共有し、除去することが望ましい。

#### オ 食物アレルギー

- アレルギーについて施設・事業所での配慮が必要な場合、保護者から申し出てもらい、幼稚園等の学校においては学校生活管理指導表を、保育所においてはアレルギー疾患生活管理指導表を配付し、提出してもらう。食物の除去については、医師の診断に基づいた同表を基に対応を行い、完全除去を基本とする。
- 主要原因食物である鶏卵、牛乳、小麦は安価で重要な栄養源であるため、食事の献立に組み込まれる傾向にあることから、主要原因食物に対する食物アレルギーの子どもが施設・事業所にいる場合、除去食又は代替食による対応が必要。
- 施設・事業所では、家庭で摂ったことのない食物は基本的に与えないことが望ましい。また、家で摂ったことがある食物を与えたときであっても、新規に症状を誘発する可能性があることから、食事後に子どもがぐったりしている等の場合、アナフィラキシーショックの可能性を疑い、必要に応じて救急搬送を行うことが望ましい。
- 除去食、代替食の提供の際には、食事提供のプロセスである献立、調理、配膳①（調理室から食事を出すときの配膳）、配膳②（保育室等での食事を準備するときの配膳）、食事の提供という一連の行動において、どこで人的エラーが起きても誤食につながることに注意する。
- 自らの施設・事業所において、人的エラーが発生する可能性がある場面を明らかにし、人的エラーを減らす方法や気づく方法のマニュアル化を図ることが望ましい。
  - (ア) 食事提供の全過程の中で人的エラーが発生しそうになった事例、人的エラーが発生したがチェック体制により防ぐことができた事例を報告し、自らの施設・事業所で人的エラーが発生する可能性がある場面を明らかにする仕組みを作る。

**【参考例2参照】**
  - (イ) 上記(ア)で明らかになった「人的エラーが発生する可能性がある場面」の情報をもとに、それぞれの場面における人的エラーを減らす方法を共有する。



### Point 人的エラーを減らす方法の例

- ・材料等の置き場所、調理する場所が紛らわしくないようにする。
- ・食物アレルギーの子どもの食事を調理する担当者を明確にする。
- ・材料を入れる容器、食物アレルギーの子どもの食事を提供する食器、トレイの色や形を明確に変える。
- ・除去食、代替食は普通食と形や見た目が明らかに違うものにする。
- ・食事内容を記載した配膳カードを作成し、食物アレルギーの子どもの調理、配膳、食事の提供までの間に2重、3重のチェック体制をとる。

(ウ) 上記 (ア) で明らかになった場面のうち、特に重要な場面 (例：調理室で代替食を調理する時、取り分けする時、ワゴンで調理室から他の職員に受け渡す時、保育室等で配膳する時) を決め、アレルギー表と現物等との突き合わせによる確認を行う。

- 施設・事業者における食物アレルギーへの対応については、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(平成23年3月 厚生労働省) 及び「学校給食における食物アレルギー対応指針」(平成27年3月 文部科学省) を参考に取り組む。

- ・保育所におけるアレルギー対応ガイドライン

URL : <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/hoiku03.pdf>

- ・学校給食における食物アレルギー対応指針

URL : [http://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/detail/\\_icsFiles/afieldfile/2015/03/26/1355518\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2015/03/26/1355518_1.pdf)

※食物アレルギーの子どもの食事提供の際の確認行動時、プール活動の際の監視時、子どもの移動等の際の人数確認時、睡眠の際の点検時などには、効果的な事故防止のために、声に出して指差し確認するなど確実な確認を実践する。

## ② 事故の発生防止に関する留意点

本ガイドラインを参考に、以下について留意の上点検等を実施する。

### ○ 事故の発生防止の活動

子どもの特性を十分に理解した上で、事故の発生防止に係る行動の確認や事故に発展する可能性のある問題点を把握し、事故の発生防止に取り組む。

### ○ 事故の発生防止に向けた環境づくり

事故の発生防止に向けた環境づくりには、職員間のコミュニケーション、情報の共有化、苦情（意見・要望）解決への取組み、安全教育が不可欠であることに留意する。

### ○ 日常的な点検

施設・事業者は、あらかじめ点検項目を明確にし、定期的に点検を実施した上で、文書として記録するとともに、その結果に基づいて、問題のあるか所の改善を行い、また、その結果を職員に周知して情報の共有化を図る。

### ○ 教育・保育中の安全管理について

教育・保育中の安全管理には、施設・事業所の環境整備が不可欠であることから、施設・事業者は随時環境整備に取り組む。

【参考例3参照】

### ○ 重大事故の発生防止、予防のための組織的な取組みについて

重大事故の発生防止、予防については、ヒヤリハット報告の収集及び分析が活用できる場合もあるため、以下の取組みを行うことが考えられる。

ア 職員は、重大事故が発生するリスクがあった場面に関わった場合には、ヒヤリハット報告を作成し、施設・事業者に提出する。

イ 施設・事業者は、集められたヒヤリハット報告の中から、上記①のア～オの重大事故が発生しやすい場面において、重大事故が発生するリスクに対しての要因分析を行い、事故防止対策を講じる。

ウ 施設・事業者は、事故防止対策について、下記（2）における研修を通じて職員に周知し、職員は、研修を踏まえて教育・保育の実施に当たる。

## (2) 職員の資質の向上

各施設・事業者においては、子どもの安全確保に関する研修に参加することを基本とするとともに、全ての職員は、救急対応（心肺蘇生法、気道内異物除去、AED・エピペン®の使用等）の実技講習、事故発生時の対処方法を身につける実践的な研修を通じて、事故防止に係る職員の資質の向上に努める。

施設・事業所での研修や職員会議などの機会に、子どもの発育・発達と事故との関係、事故の生じやすい場所等を共有することで、事故への認識、危険に対する予知能力の向上を図る。

### ① 研修や訓練の内容

- 施設・事業者自らが企画、立案し、消防等の関係機関、保護者等の協力を得ながら、各種訓練を計画的に実施する。
- 上記「(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等」について、自らの施設等の保育環境を考慮して施設・事業所内で研修を実施する。
- その際、「ガイドライン【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～」や国及び地方自治体が行う再発防止に関する取組みを参考に、自らに適した取組みを行う。
- 救急対応（心肺蘇生法、気道内異物除去、AED・エピペン®の使用等）について、実技講習を定期的を受講し、施設・事業者においても訓練を計画的に行う。
- 119番通報が円滑に行われるよう通報訓練を行う。その際、園庭での活動中、園外活動中、プールでの活動中等、場所や場面、職員の配置の状況を変え、実践的なものとなるよう工夫して実施する。  
※119番通報のポイントと伝えるべきことや役割分担については、下記「(3) 緊急時の対応体制の確認」を参照する。

### ② 研修への参加の促進

- 地方自治体等が実施する研修への参加については、積極的に対応する。  
※公定価格には、代替要員等に係る経費が含まれていることを踏まえ、積極的に参加する。  
※研修の参加費用について、地方自治体から補助が行われている場合があることも踏まえ、積極的に参加する。
- インターネットで共有等されている事故予防に関する研修の動画等を活用する。

### (3) 緊急時の対応体制の確認

緊急時の対応体制として、以下のような準備をしておくことが望ましい。

#### ① 緊急時の役割分担を決め、掲示する。

- 事故発生時に他の職員に指示を出す役割について、施設長・事業所長、副施設長・副事業所長、主任保育士など、順位を付け明確にするとともに、事故発生時の役割ごとに分担と担当する順番・順位を決め、事務室の見やすい場所に掲示する。
- 緊急時の役割分担の主なものは、以下が考えられる。

#### Point 緊急時の役割分担の例

- ・心肺蘇生、応急処置を行う。
- ・救急車を呼ぶ。
- ・病院に同行する。
- ・事故直後、事故に遭った子どもの保護者、地方自治体関係部署に連絡する。
- ・事故当日、事故に遭った子ども以外の子どもの教育・保育を行う。
- ・事故直後、交代で事故の記録を書くよう職員に指示する。
- ・施設・事業所全体の状況を把握しつつ、病院に同行している職員など、それぞれの役割の職員間の連絡をとる。
- ・事故当日、必要に応じて、事故に遭った子ども以外の子どもの保護者に事故の概要について説明をする。
- ・翌日以降の教育・保育の実施体制の確認を行う。

**【参考例4参照】**

② 日常に準備しておくこと（受診医療機関のリスト、救急車の呼び方、受診時の持ち物、通報先の順番・連絡先等を示した図等）について

○ 施設・事業者は、各職員の緊急連絡網、医療機関・関係機関（地方自治体、警察等）の一覧、保護者への連絡に関する緊急連絡先を事前に整理しておく。

○ 119番通報のポイントと伝えるべきことを施設・事業者で作成し、事務室の見やすい場所に掲示、園外活動等の際に使用するかばんに携帯、プールでの活動中に見やすい場所等に掲示する。

【参考例5参照】

(4) 保護者や地域住民等、関係機関との連携

事故発生時の協力体制や連絡体制を整えるとともに関係づくりの必要性について日頃から認識しておく。

○ 地域の人など職員以外の力を借り、子どもの安全を守る必要が生じる場合もあり、常日頃から地域とのコミュニケーションを積極的にとる。あわせて、いざという時の協力・援助を依頼しておくことについて検討する。

【参考例6参照】

(5) 子どもや保護者への安全教育

子どもや保護者に対する安全教育にも取り組むことが望ましい。

○ 子どもの発達や能力に応じた方法で、子ども自身が安全や危険を認識すること、事故発生時の約束事や行動の仕方について理解させるよう努める。

○ 家庭における保護者の行動や教育により、子どもが安全な生活習慣を身に付けることができるよう保護者と連携を図る。特に、上記「(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等」のうち①のプール活動・水遊び、誤嚥等の対応については、保護者の理解と連携が必要になることに留意する。

【参考例7参照】

(6) 設備等の安全確保に関するチェックリスト

施設内の設備について、年齢別のチェックリスト等を作成する等により定期的にチェックし、その結果に基づいて問題のあるか所の改善を行い、また、その結果を職員に周知して情報の共有化を図る。

【参考例8参照】

(7) 事故の発生防止のための体制整備

事故の発生防止は組織で対応することが重要であり、施設・事業所の長等のリーダーシップの下、組織的に対応できる体制を整備することとし、上記(1)～(6)の取組みに加え以下に取り組む。

① 重大事故の防止のための指針等を整備し、実践的な研修等を通じて全ての職

員に周知する。

- ② 睡眠中、水遊び、食事中等の活動における危険の有無の確認や、万が一事故が発生した場合の検証ができるよう、必要に応じてビデオ等の記録機器の活用を検討する。
- ③ 以下の通知等 (\*) を参考に、事故の発生防止に取り組む。

**Point 事故防止に係る通知等**

- \* 「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)
- \* 「特定教育・保育施設等における事故の報告等について」(平成 27 年 2 月 16 日付け府政共生 96 号、26 初幼教第 30 号、雇児保発 0216 第 1 号)
- \* 「水泳等の事故防止について」(平成 27 年 5 月 1 日付け 27 文科ス第 119 号)
- \* 「認定こども園においてプール活動・水遊びを行う場合の事故の防止について」(平成 27 年 6 月 8 日付け府子本第 157 号)
- \* 「児童福祉施設等においてプール活動・水遊びを行う場合の事故の防止について」(平成 26 年 6 月 20 日付け雇児総発 0620 第 1 号)
- \* 「保育所及び認可外保育施設における事故防止の徹底等について」(平成 25 年 1 月 18 日付け事務連絡)
- \* 「保育所保育指針」(平成 20 年 3 月 28 日厚生労働省告示第 141 号) 及び平成 20 年 3 月「保育所保育指針解説書」(第 5 章 健康及び安全)
- \* 「保育所における感染症対策ガイドライン」(平成 24 年 11 月厚生労働省)
- \* 「保育所における食事の提供ガイドライン」(平成 24 年 3 月厚生労働省)
- \* 「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(平成 23 年 3 月厚生労働省)
- \* 「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議(仮称)」による再発防止の取組み

【参考資料参照】

## 2 事故の再発防止のための取組み

施設・事業者及び地方自治体は、死亡事故等の重大事故が発生した場合に事故後の検証を行った上で、これまでの取組みについて改善すべき点を検討し、重大事故の再発防止の取組みについて、以下に留意し実施する。

### (1) 再発防止策の策定

- 「ガイドライン【事故発生時の対応】」の(8)の事故後の検証を踏まえて、既に発生した事故が防げるものだったのか、今後、類似事故の発生防止のために何をすべきか、という視点で具体的に再発防止策の検討を行う。
- 策定した再発防止策については、既存の指針等に確実に反映させるとともに、その後の取り組み状況に応じて、随時見直しを図る。

### (2) 職員等への周知徹底

- 発生した事故について、再発防止策を職員全員に周知するとともに必要に応じて保護者とも共有を行う。

## (参考例)

次頁より施設・事業者向けの参考例をお示しします。

これらの例を参考に、それぞれの施設・事業者の実情に応じて必要な内容を選択していただき、自らの施設・事業者の体制整備や教育・保育等の実施に当たってください。

参考例 1	誤嚥・窒息事故の防止	13
参考例 2	食物アレルギーに関するマニュアル作成の例	27
参考例 3	日常的な点検	28
	保育中の安全管理について	30
参考例 4	緊急時の役割分担表の書式例	34
参考例 5	119 番通報のポイントと伝えるべきことの書式例	35
参考例 6	保護者や地域住民等、関係機関との連携	36
参考例 7	安全教育	37
参考例 8	施設内設備のチェックリスト	39
	遊具のチェックリスト	42
	年齢別のチェックリスト	44



## 認可保育施設における午睡中の死亡事例に関する検証報告書【概要版】

**1 検証委員会の概要と検証経過**

- 「板橋区保育施設等における事故検証委員会設置要綱」（平成 30 年 3 月 22 日区長決定）に基づき、医師、弁護士、学識経験者、保育関係者の 5 名で構成する検証委員会を設置。
- 平成 30 年 6 月 28 日の第 1 回検証委員会から、保護者及び保育従事者等へのヒアリングを含め、計 9 回の委員会を開催。

**2 事例の概要**

- 平成 28 年 9 月 2 日（金）午後 2 時 35 分頃、区内の認可保育施設において、1 歳 2 か月の男児が、午睡中に心肺停止状態となっているところを担任保育士に発見され、応急処置を施された後に、区内の医療機関に救急搬送されたものの、その後、死亡が確認された。

**3 本事例における課題の抽出と分析****(1) 課題の抽出・分析にあたっての考え方**

本事例においては、未だ、直接的な死因は不詳とされており、検証委員会として直接の死因の特定が困難な中、事故の発生前、発生時、発生後の一連のプロセスについて、関係者へのヒアリングや保護者及び事業者からの提出資料に基づき、課題の抽出と分析を行った。

**(2) 課題の分析について**

項目	課題の分析の主なポイント
①午睡中の保育に関すること	・午睡中に SIDS 対策や窒息リスクの除去が実施されていたか。 ・午睡中に十分な保育体制が確保されていたか。
②重大事故発生時の適切な対応について	・重大事故発生時に、救命処置を始めとした適切な対応を行うことができたか。
③研修の実施体制について	・救命講習を始めとした子どもの安全確保に関する研修を含め、保育従事者が十分に研修を受講できるような体制が整えられていたか。
④事故検証のあり方について	・検証の実施に関わる問題点、保護者への事故後の情報提供、検証の実施時期のあり方が適切であったか。
⑤本施設の職員配置全般について	・①から④の課題の分析を踏まえ、本施設において十分な職員配置がされていたか。

#### 4 重大事故再発防止策の提言

##### (1) 行政に対する提言

<b>午睡時の保育に関する提言</b>	
提言 1	うつぶせ寝の危険性など睡眠時の保育に関する留意事項をあらためて周知し、睡眠時の呼吸等の確認について、その手法を明示すること【国・都・区】
<b>重大事故発生時の適切な対応に関する提言</b>	
提言 2	重大事故発生時及び発生後の対応について、保育施設と連携し、必要な指導、助言を行うこと【区】
<b>研修に関する提言</b>	
提言 3	緊急時対応や救命訓練など、子どもの安全に関する研修機会の充実を図ること【区】
<b>事故検証のあり方に関する提言</b>	
提言 4	重大事故が発生した場合に、速やかに検証が行える仕組みを構築すること【区】
提言 5	検証に必要な情報が、容易に入手できる仕組みの検討、構築を図ること【国・都・区】
提言 6	重大事故の被害に遭われた児童の保護者への情報提供が、適切に行われる仕組みを構築すること【区】
<b>職員配置や職員体制に関する提言</b>	
提言 7	保育士の年齢別配置基準の見直しを行うこと【国・都・区】
提言 8	保育人材を確保するための施策の充実を努めること【国・都・区】
<b>その他の提言</b>	
提言 9	日頃の施設の運営及び保育の状況を把握し、保育施設に対して迅速かつ丁寧に指導、助言できる体制の構築を図ること【区】
提言 10	保育の質を確保するため、保育施設における子どもの安全面の向上に努めること【区】

##### (2) 事業者及び保育施設に対する提言

<b>午睡時の保育に関する提言</b>	
提言 1	うつぶせ寝の危険性など睡眠時における必要な知識を再認識し、睡眠時の呼吸等の確認については、国のガイドラインや事業者のマニュアル等に則って適切に行うこと
提言 2	午睡時の呼吸等の確認が確実にできる保育環境を整えること
提言 3	重大事故が発生しやすい睡眠中の保育について、その寝かしつけ方や日頃の様子などについては、十分に家庭と連携を図ること
<b>重大事故発生時の適切な対応に関する提言</b>	
提言 4	重大事故発生時の対応マニュアルを作成し、マニュアルに基づいた訓練を実施すること
<b>研修に関する提言</b>	
提言 5	救命処置を始めとした緊急時の対応については、実践的な訓練及び研修を行う機会を十分に確保すること
<b>事故検証のあり方に関する提言</b>	
提言 6	事業者及び保育施設は、重大事故が発生した場合において、現場保存を含め、できるだけ客観的な資料の作成に努めること
提言 7	事業者は、保育施設における重大事故の発生に対し、施設運営者としての責任を果たすこと
<b>職員配置や職員体制に関する提言</b>	
提言 8	業務内容や労働環境に応じた職員配置を行うこと
<b>その他の提言</b>	
提言 9	事業者は、保育施設における保育内容を常に把握するとともに、必要に応じて適切な指導を行うなど、責務を果たすこと

## 大阪市たんぽぽの国保育事故調査報告書 【概要版】

### ○施設概要

- 名称 認可外保育施設「たんぽぽの国」
- 所在地 大阪市淀川区東三国5丁目15番14号  
ベルサンテビル2階
- 設置者 ベルサンテスタッフ株式会社
- 開設日 平成6年12月20日（平成28年6月30日で閉園）

### ○主な事実経過

- 1歳の男の子が、平成28年4月4日14時過ぎに初めて本園に預けられた。（他の園児10名（1～3歳）は午睡中）
- 母親が出発してから10～15分経過した頃、泣き出し、保育士が抱っこした。
- 保育士によると、泣き出して5分くらい経過した後、本児がうとうとし始め、14時40分頃就寝し、最初は仰向けでそのうち横向きになったりしてよく寝ていたが、15時15分頃、うつぶせ寝で顔は横を向いており、顔の側面にうっすらと汗をかいていた。（他の園児は15時頃に午睡時間が終了し、照明がつけられておやつを喫食、その後サークルで遊ぶ。）
- 15時25分頃、保育士が本児がうつぶせ寝になっていることに気がつき、寝返りをさせようと抱き上げたところ、唇にチアノーゼが出ており、抱っこしても反応がなく、人工呼吸を行い、また、保育士によると、3回くらい嘔吐したとのことだった。
- 15時49分に119番通報し、消防局による電話の指示で保育士が本児に心臓マッサージを行った。
- 15時58分に救急隊が到着し、その時の所見によると本児は心肺停止状態であり、蘇生措置を施されたものの、病院に到着後、16時50分頃に蘇生行為が中止された。

## ○死亡原因の推察 (医学有識者2名)

・意見1:総合的に判断して、胃内容物の嘔吐と気管・気管支への誤嚥、そして気道閉塞による窒息が死因と考える。また、司法解剖では満腹状態の胃袋であって、食べてすぐという印象。初めての保育施設で泣いており、恐らく交感神経優位のため腸管の動きが悪くなった。

・意見2:死体検案書では、窒息が原因であろうという結果になっているが、この年齢のこどもは状況を回避するだけの体力はあると思うので、けいれんや不整脈等、他の可能性もあるのではないかと。乳幼児の突然死は、何か環境の変化とかストレスが生じた直後に、急変し亡くなるケースが多いとされる。

## ○再発防止策の提言

### 【提言1 一次救命処置の対応力の構築】

#### <重要性>

・人間の脳は、心臓が止まってから約15秒で意識が消え、3~5分で回復が困難となる。2分以内に心肺蘇生が開始された場合の救命率は80%だが、5分では50%程度と、時間経過に比例して低くなるため、救急隊到着までの一次救命処置(心肺蘇生)は極めて重要

#### <主な施策>

##### ○事故対応マニュアルの整備

・大阪市は、「事故対応マニュアル作成の手引き」を作成し、各施設で更新・作成し、事故対応訓練を定期的に行うように指導されたい。

##### ○実技講習を含む実践的な研修

・各施設から普通救命講習への積極的な参加を促されたい。

##### ○AEDの設置推奨

・国において、推奨施設の具体例に保育施設を新たに位置づけていただきたい。

・大阪市でも、各施設間で万が一の場合の活用・協力をお願いできる関係づくりを促されたい。

### 【提言2:実効性ある睡眠時観察】

#### <重要性>

- ・平成28年の全国の教育・保育施設等における死亡事故は13件(うち、睡眠中は10件と最多)

#### <主な施策>

- 0歳児及び1歳児のうつぶせ寝禁止の再周知
  - ・「うつぶせ寝を見つけたら、医学的な理由がある場合を除いて、仰向けにする。」ことを再周知し、指導を強化されたい。
- 記録様式の改訂
  - ・様式自体に原則うつぶせ寝をさせないといった注意喚起を記載するなど、様式記載事項を確認すれば、最低限の確認ができていうレベルに高められたい。
- 観察補助手段
  - ・各施設において、監視カメラの活用を検討するように周知されたい。
  - ・無呼吸モニターの利用も検討対象と考えられる。

### 【提言3:入園初期リスクの軽減】

#### <危険性>

- ・預かり初期における乳幼児のストレスは、保育に特有なもので、乳幼児が知らない間に疲労がたまり、SIDS発症リスクが高まるとの警告も散見される。

#### <主な施策>

- 入園初期の事故発生の危険性についての周知及び「慣らし保育」の啓発
  - ・大阪市は、例えば入所時期との関係での「乳幼児の予期せぬ突然死」の発症率のデータを示すなど、分かりやすく実感できる注意喚起に努められたい。
  - ・「慣らし保育」は、入園初期の事故発生の危険性の軽減策の1つとして有用な可能性があり、大阪市は、社会において幅広い理解が得られるように啓発に取り組まれたい。
- 入園初期の情報を効果的に収集する仕組みづくり
  - ・大阪市は、チェックリストを作成し、連絡帳と合わせた活用方法など、入所初期の情報を効果的に収集する仕組みづくりを行い、認可・認可外を問わず情報提供されたい。

#### 【提言4 保護者への情報提供】

##### <重要性>

- ・本件保育事故の教訓も含む有益情報を保護者が必要なときに簡易に入手できる体制を整備することが重要

##### <主な施策>

- 認可外保育施設と認可保育施設の区分の明確化
  - ・大阪市が認可と認可外では指導する基準が異なっていることやそれぞれの特徴を保護者が理解し、正しく区分できるように情報提供内容を見直されたい。
- 本件保育事故の教訓も含む啓発情報の充実
  - ・保育所選択の際の留意点として、「よい保育施設の選び方十か条」があるが、本件事故の教訓も保護者に分かりやすい形で整理し、充実されたい。
- 必要なときに必要な情報が簡易に入手できるための環境整備
  - ・大阪市のホームページの構成・内容を再構築し、全体像がわかるように目次を設け、保護者の求める情報にたどりつきやすくなるよう、体系的な工夫が必要であり、また、各区役所の母子保健担当との連携など、こどもの成長に合わせた継続的な取組みとなることも意識されたい。

#### 【提言5 大阪市の指導監査体制の更なる充実】

##### <重要性>

- ・事故予防のためには、きめ細かい指導助言ができる体制と指導助言過程で得られた教訓や本件保育事故からの教訓などが各保育施設が活用可能な形で速やかに情報提供されることが、極めて有用

##### <主な施策>

- 巡回指導員の増員及び立入調査等の実施
  - ・事故防止のための巡回指導員を増員し、認可外保育施設も対象に加えられたい。また、認可・認可外を問わず、通常の立入調査等に加え、事故発生につながりやすい場面に重点を置いて事前通告なしに立入調査等を実施されたい。
- 保育内容の充実及び事故対応の中心となる専任職員の配置

# 普通寺市教育・保育施設等事故検証委員会報告書の概要

## 事故の概要

平成29年4月12日午前9時30分頃、普通寺市内の認可保育所において、園庭にあった木製のうんてい（以下「本遊具」という。）に児童の首が挟まった状態になっていたところを保育士が発見し、救急搬送されたが、平成30年1月24日に亡くなされた事案である。

## 検証委員会の経過

平成29年	9月1日	委員委嘱
	9月27日	第1回委員会
	11月1日	第2回委員会
	12月25日	第3回委員会
平成30年		
	1月31日	第4回委員会
	7月4日	第5回委員会
	9月19日	第6回委員会
	11月26日	第7回委員会
平成31年		
	1月21日	第8回委員会
	2月27日	第9回委員会

## 事故の背景に関する分析

- 年度当初の最も注意を要する時期であったが、自由遊びなど通常通りの保育を実施していた。
- 本遊具は保育士から見えにくい場所に設置されており、本遊具周辺への保育士の加配等特段の定めはなく、遊んでいる本児の行動を保育士が把握できなかつた。
- 本遊具の構造が「遊具の安全に関する規準」を充たしていなかつた。
- 本遊具の定期点検は業者にて委託し実施していたが、「遊具の安全に関する規準」に基づいた点検ではなかつた。

## 再発防止に向けた提言

提言1 保育の安全性を考慮した保育士の配置となるよう継続的に見直すこと

- 保育士の適正な配置
  - ・施設の構造や面積に応じて、児童の様子が目視しやすい配置を心がける。
  - ・入所当初及び保育士の異動時期等は、状況に応じて保育士を加配する。
  - ・配置可能な保育士数に応じ、児童の遊ぶ範囲や遊具の使用方法について協議し見直す。
  - ・保育士から日常的に現状を聞き取り、問題点を把握するとともに、適正な配置を心がける。
- 保育のあり方について
  - ・保育状況が子どもの発達や保育士との関係性により変化することを踏まえ、指導計画が適切か検証し見直す。
  - ・保育士間で児童の状況を情報共有できるように体制の強化を図る。
  - ・進級間もない3歳児と4・5歳児の異年齢保育に当たっては、3歳児の成長や発達特性を十分に考慮する。

提言2 「遊具の安全に関する規準」に基づいた設置と点検を実施すること

- 設置場所について
  - ・「遊具の安全に関する規準」に基づき、保育士が容易に目視、確認できる場所に設置する。
  - 管理について
    - ・所長は「遊具の安全に関する規準」を理解し遵守しなければならぬ。
    - ・保育施設は「遊具の安全に関する規準」に基づいたセルフチェックや定期点検を実施する。
    - ・行政は指導監査において「遊具の安全に関する規準」に基づいた点検が実施されているか確認する。

提言3 理解しやすい事故防止マニュアルを作成すること

- 事故防止マニュアルについて
  - ・全職員が理解しやすいマニュアルを作成する。また、状況の変化に応じ見直す際には第三者の意見を求める。
  - ・行政は「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」に基づいたマニュアルを作成するよう指導を徹底する。
- 提言4 保育士等の研修の充実を図ること
  - 安全教育の実施
    - ・保育士への研修に加え、児童やその保護者に対しても安全に保育を実施する上での注意点を周知する。
    - ・行政は研修の内容を充実させ、保育士の資質向上のための施策を強化する。





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）<sup>※1</sup>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※<sub>2</sub>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いえ、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）。

※<sub>1</sub>：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。

※<sub>2</sub>：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)
	午睡を開始する。(寝付きよく、すぐに入眠)
13:00	※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。

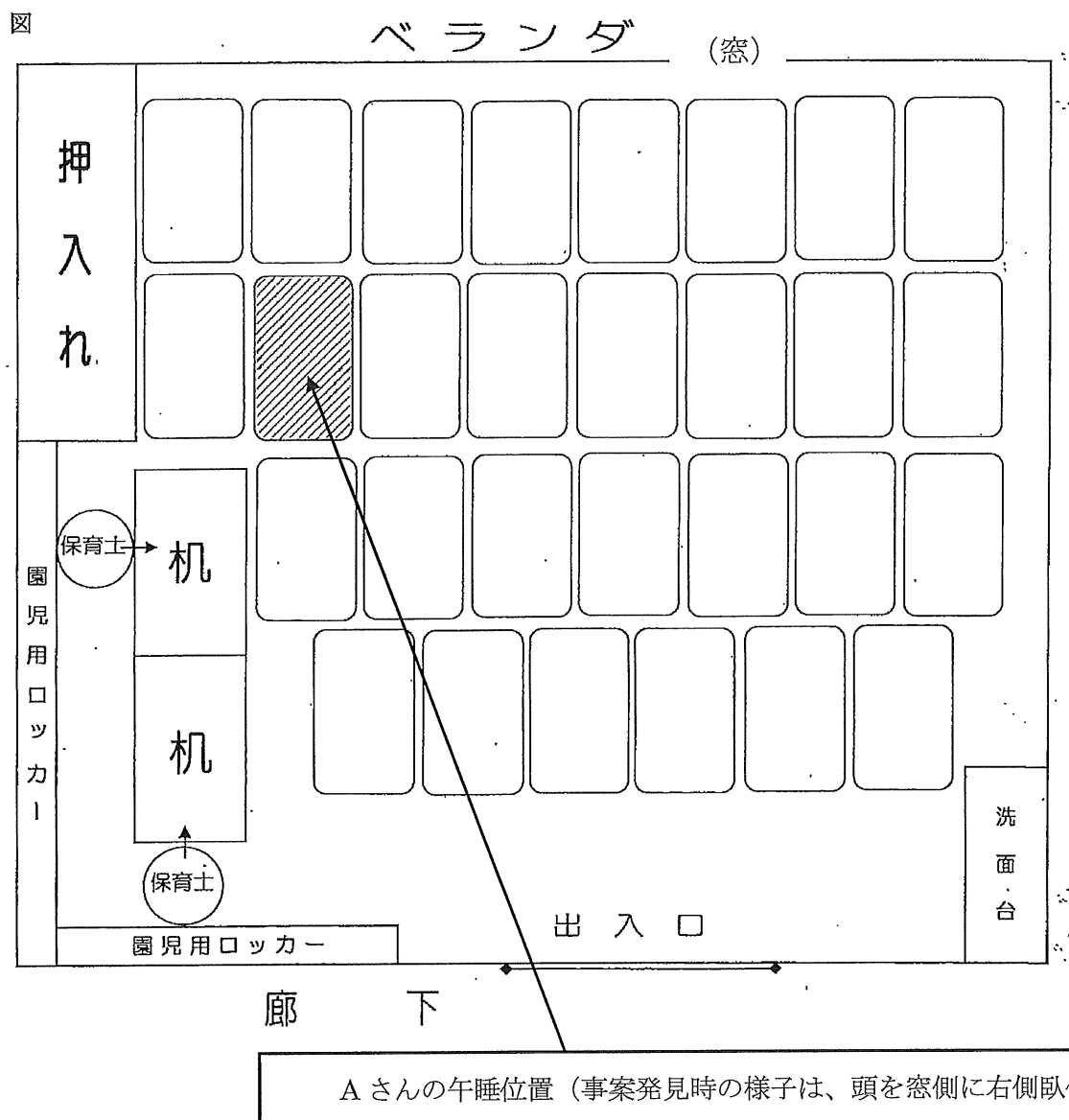
引用文書等

- 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さんの保護者が対応する。

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み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	<p>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。</p> <p>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と、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と。</p>	<p>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通りの保育士の配置）の説明を行っていた。」とのことであった。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
パジャマ、及び敷布の汚れについて	<p>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と。</p>	<p>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。</p>
事案発生後のB保育園の対応について	<p>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。</p>	<p>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、事案発生日より大津</p>

	<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さんに変わ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)が原因で亡くなられた可能性が高く、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<sup>※1</sup>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考える。

### 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、情報を得るようにすることが必要である。

#### 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<sup>※1</sup>」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<sup>※2</sup>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づ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<sup>※1</sup>、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<sup>※1</sup>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



前もの) 418条、722条2項の趣旨を類推して3割の減額がされてい

3 説明

使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負担等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負う(最二判平12・3・24民集54・3・1155、本誌1707・87〔電通事件〕参照。労働者の自殺について、業務上の心理的負担に起因して精神障害を発症し、自殺するに至ったとして、使用者の安全配慮義務違反が主張される事案は少なくない(公刊物に掲載されている最近の裁判例として、高知地判令2・2・28判刑1225・25、仙台地判令2・7・1本誌2465112466・52などがある。)

から、虐待騒動による心理的負担は亡Aが自殺した平成29年6月まで持続しており、これがうつ病の発症から自殺に至るまでの大きな要因となったと認められている。争点②に関しては、亡Aが虐待騒動等により心理的負担を受けていたことや、亡Aの健康状態の悪化については、Yにおいても認識していたか、容易に認識し得た(本件保育園の副園長はYの理事長であり、園長、主任保育士も同人の家族であった。)として予見可能性を認めており、精神障害の症状の寛解・増悪の経過は様々であった。一旦寛解した場合にも再度増悪することがあり得るから、心理的負担の要因となった出来事や精神障害の発症から自殺までの間に時間的間隔があることは直ちに予見可能性を否定するものではないとしている。

本判決は、労働者の自殺までに一定の時間的間隔がある事案において、経過を詳細に認定し心理的負担が継続していたことに着目して使用者の安全配慮義務違反を肯定した1事例として、実務上参考になるものと考えられるので、紹介する次第である。

参照条文

民法(平成29年法律第44号)による改正前のもの) 4

15条、民法709条

当事者

原告 X1・X2  
原告 X3

同法定代理人親権者

X1

上記3名訴訟代理人弁護士

同訴訟復代理人弁護士

被告 社会福祉法人Y

同代表者理事長

D

同訴訟代理人弁護士

主文

1 被告は、原告X1に対し、1927万0798円及びこれに対する平成29年6月30日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

2 被告は、原告X2に対し、117万6192円及びこれに対する平成29年6月30日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

3 被告は、原告X3に対し、408万5007円及びこれに対する平成29年6月30日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

4 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。

5 訴訟費用は、これを5分し、その3を原告らの負担とし、その余を被告の負担とする。

6 この判決は、第1項ないし第3項に限り、仮に執行することができ

きる。

「事実及び理由」 第1 請求

1 被告は、原告X1に対し、3931万0937円及びこれに対する平成29年6月30日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

2 被告は、原告X2に対し、2048万0469円及びこれに対する平成29年6月30日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

3 被告は、原告X3に対し、2048万0469円及びこれに対する平成29年6月30日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第2 事案の概要等

1 事案の概要

本件は、被告が経営する保育園に勤務していたA(以下「亡A」という。)の相続人である原告らが、亡Aは、同保育園で平成28年3月下旬頃に発生した虐待騒動等によって業務上強度の心理的負担を受け、うつ病を発症し、平成29年6月下旬頃に自殺するに至ったなど主張して、被告に対し、安全配慮義務違反の債務不履行又は不法行為に基づき、原告X1につき3931万0937円の、原告X2及び原告X3につき各2048万0469円の損害賠償並びにこれらに対する亡Aの死亡後の日である平成29年6月30日から支払済みまで民法(平成29年法律第44号)による改正前のもの。以下同じ。)所定の年5分の割合による各遅延損害金の支払を求めた事案である。

2 前提事実(争いのない事実並びに後

# 割増賃金、退職金、パワーハラスメントを理由とした慰謝料など約2800万円の支払いを認めた例

## 社会福祉法人 千草会事件

福岡地裁（令和元年9月10日）判決

参照条文：労働基準法37条、114条、民法709条、715条

### ◇◇事件の概要◇◇

1 原告らは、特別養護老人ホーム等を営む被告において、介護職として業務を行っていた。

2 原告らは、①所定の始業時刻前、終業時刻後等に労務提供したとして、被告法人に対して未払割増賃金及び付加金等の支払を求めるとともに、②被告法人の代表者であるB1個人に対して、労働時間を正確に把握できない状況を放置したとして不法行為に基づき未払割増賃金相当額の損害金の支払を求め、さらに、被告法人に対して、③賃金減額・控除部分について差額賃金の支払を、④未払退職金の支払をそれぞれ求め、加えて、⑤パワーハラスメントを理由として、被告B2（被告法人が運営する施設の施設長）に対して不法行為に基づき、被告法人に対して使用者責任に基づきそれぞれ損害金の支払を求め、提訴した。なお、被告らから原告らに対して、上記訴えが不当訴訟であるとして不法行為に基づく損害賠償請求の反訴を提起したが、棄却されている。

3 本件の争点は、本訴請求との関連では、①実労働時間該当性、②被告B1の未払割増賃金に対する責任の有無、③賃金減額・控除の可否、④退職金不支給の可否、⑤被告B2によるパワーハラスメント行為の有無及びこれによる慰謝料額である。

### ◇◇判決の要旨◇◇

#### 1 実労働時間該当性について

##### (1) 所定の始業時刻前の労働について

被告法人の従業員らは、被告法人から所定の始業時

刻の30分前までに出勤して就労を開始するよう黙示に指示されており、清掃等もその一部として行われていた（原告A2がショートステイサービス部門にいた時期について45分）。

##### (2) 所定の終業時刻後の労働について

原告らは利用者へのサービス提供が終了した後に書類作成等の業務を行い、そのために相当程度の時間を要していたが、他方で、業務量が立証されておらず、定時に帰宅することもあったことなどから、日々の残業時間は平均して1時間と認める（原告または時期によって1時間半または2時間の者もいる。）。

##### (3) 宿直業務中の仮眠時間について

宿直中の仮眠時間は、徘徊者がいた場合等には対応を余儀なくされていたのであるから、被告法人の指揮命令下にあったものといえ、労働時間と認められる。

##### (4) 時間外勤務指示書について

時間外勤務指示書は会議など時間外労働の指示が明示されたものについて主に使用されており、同指示書の提出がないからといって、それ以外の時間外労働の存在を否定するものとはいえない。

#### 2 被告B1の未払時間外割増賃金に対する責任の有無

被告B1において、原告らの割増賃金請求を妨害した、あるいは割増賃金が具体的に発生していることを認識しながらあえてこれを支払わなかったとまでいうことはできず、割増賃金未払について、被告B1に不法行為法上の故意又は過失があったとまでは認められない。

### 3 賃金減額・控除の可否について

原告 A1に対する減給の懲戒処分は、客観的に合理的な理由を欠き、社会通念上相当であると認められない。

原告 A2の賃金から交通事故の車両修理代を控除することにつき同人の同意を得ていたことを裏付ける的確な証拠はない。

原告 A3は、就業規則の手続きに沿って年次有給休暇を申請しただけでなく、自宅療養から復帰後速やかに自ら被告 B2に諸事情を報告したと認められ、被告 B2による欠勤扱いとする旨の指示及びこれに基づく休暇期間中の賃金減額は就業規則の規定に反する。

原告 A5に対する賃金が誤って過大に支払われていたことを裏付ける的確な証拠はない。

### 4 退職金不支給の当否

利用者や他の職員、施設に迷惑がかかる状況で退職した場合には退職金を支給しないと退職金不支給事由は、職員が被告法人との合意により退職した場合や職員が引継ぎ等の義務を負わない場合には適用されない。原告らは、被告 B2から直ちに退職するよう命じられ、黙示に引継ぎ等の義務を免除したものと認められ、または被告法人の責めに帰すべき事由により引継ぎ等の義務が履行不能となったものであるから、退職金不支給事由に該当しない。

### 5 被告 B2によるパワーハラスメント行為の有無及び慰謝料額

被告 B2による、原告 A1に対する発言（売上金を横領したと決めつけ、「品がない」「ばか」「泥棒さん」などと発言）、原告 A2に対する発言（「あなたの子もはかたわになる」「ばか」）、原告 A3に対する発言（「言語障害」、配偶者の方が高学歴であることを理由に「格差結婚」「身分が対等じゃない」と他の職員の前で発言）、原告 A4に対する発言（最終学歴が中学校卒業であることを理由に「学歴がないのに雇ってあげてのに感謝しなさい」と他の職員の前で発言）、原告 A5に対する言動（他の職員が起こした事故を報告しなかったことを理由に便器掃除用ブラシをなめるよう強要）は、職場内の優位性を背景として、業務の適正な範囲を超えて、精神的、身体的苦痛を与える発言や行動であると認められるから、不法行為に該当し、その慰謝料額は、原告 A1ないし A4についてそれぞれ15万円、原告 A5について30万円と認めるのが相当である。

(判決文の下線は編集部)

## 判 決

福岡地方裁判所第5民事部平成28年(ワ)第4094号未払賃金等請求事件平成30年(ワ)第1319号損害賠償請求反訴事件令和元年9月10日判決

当事者の表示 別紙当事者目録記載のとおり

## 主 文

- 1(1) 被告法人は、原告 A1に対し、340万8905円及びうち281万7854円に対する平成28年12月25日から支払済みまで年14.6パーセントの割合による金員を支払え。
- (2) 被告法人は、原告 A2に対し、371万5927円及びうち320万5394円に対する平成28年12月25日から支払済みまで年14.6パーセントの割合による金員を支払え。
- (3) 被告法人は、原告 A3に対し、120万8421円及びうち93万7276円に対する平成28年12月25日から支払済みまで年14.6パーセントの割合による金員を支払え。
- (4) 被告法人は、原告 A4に対し、271万2304円及びうち228万4518円に対する平成28年12月25日から支払済みまで年14.6パーセントの割合による金員を支払え。
- (5) 被告法人は、原告 A5に対し、325万7237円及びうち265万0905円に対する平成28年12月25日から支払済みまで年14.6パーセントの割合による金員を支払え。
- 2(1) 被告法人は、原告 A1に対し、166万8935円及びこれに対する本判決確定の日の翌日から支払済みまで年5パーセントの割合による金員を支払え。
- (2) 被告法人は、原告 A2に対し、249万2624円及びこれに対する本判決確定の日の翌日から支払済みまで年5パーセントの割合による金員を支払え。
- (3) 被告法人は、原告 A3に対し、23万9911円及びこれに対する本判決確定の日の翌日から支払済みまで年5パーセントの割合による金員を支払え。
- (4) 被告法人は、原告 A4に対し、161万8196円及びこれに対する本判決確定の日の翌日から支払済みまで年5パーセントの割合による金員を支払え。
- (5) 被告法人は、原告 A5に対し、151万6285円及びこれに対する本判決確定の日の翌日から