

# 教育・保育施設等における重大事故の再発防止策

## に関する検討会（第2回）

### 議事次第

日時 平成26年10月14日（火）13:30～16:00

場所 中央合同庁舎第4号館4階共用第2特別会議室

#### 1. 開 会

#### 2. 議 事

- (1) 事故の具体的事例について
- (2) 当面の検討課題について
- (3) その他

#### 3. 閉 会

#### 【配布資料】

資料1 栗並委員 提出資料

資料2 近藤教授 提出資料

資料3 教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する今後の議論について

資料4 当面の検討課題について

参考資料 独立行政法人日本スポーツ振興センター（JSC）学校事故・事例検索データベースについて

○前田座長 皆様、こんにちは。きょうは、台風が無事過ぎ去りまして開催できましたことを喜んでおります。皆様方、本当にありがとうございました。

それでは、少し定刻より早うございますけれども、皆様おそろいでございますので、第2回「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」を開始いたします。

本日の委員の御出席について事務局より御報告をお願いいたします。

○長田参事官 本日の委員の出欠状況でございますけれども、升田委員におかれましては、本日、所用により御欠席となっております。

以上でございます。

○前田座長 ありがとうございます。

櫻井やえ子委員につきましては、前回御欠席で今回が初めてということでございますので、よろしければ簡単に御挨拶をお願い申し上げます。

○櫻井委員 皆さん、こんにちは。宮城県の利府町から参りました、子育て支援課長をしております櫻井やえ子と申します。

前は、9月の議会にちょうど日程が重なりまして出席できずに大変申しわけなく思っております。本日もまた、先ほど座長からもお話がありまして、台風19号が日本国土に上陸し、さまざまな被害をもたらしておりますけれども、宮城県は本日の朝6時ぐらいに台風が過ぎていきました。本日も出席できないのかということで私自身もすごく心配だったのですが、おかげさまで台風が過ぎた後は晴天で虹が出ておりまして、新幹線も通るということで、本日は出席をさせていただいたところです。ありがとうございます。

町村の代表ということになると思いますけれども、3万6,000人の町から私は来ており、保育所の担当としてさまざまな事業を今まで進めてきた部分もありますので、ぜひこの検討会で何かお役に立てればと思っております。また、皆さんからいろんな御意見をいただきながら、私自身も勉強しながら、この会議の一員として協力できればと思っておりますので、よろしく申し上げます。

○前田座長 ありがとうございます。

本日の資料につきましては、議事次第に記載のとおり、資料1から参考資料までお配りしております。漏れなどございましたら、事務局までお申し出ください。よろしいでしょうか。

それでは、御説明に入らせていただきたいと思います。御存じのとおり、この会は重大事故の再発防止を検討する会でございます。その上で、まずは最初に私どもの検討会で事故の報告のあり方、報告する範囲などを年内には取りまとめていこうと思っているわけでございますが、そもそも事故を再発防止するためには、どうしてその事故が起こったかという検証が必要でございます。的確な検証をするためには、その事故の前後の経緯をちゃんと事実ありのままに状況把握して報告する作業が欠かせませんので、報告範囲の策定とか、どういうことを報告していただくかということは再発防止のスタートでもあるわけでございます。

そこで、本日は、実際の事故の当事者でいらっしゃいます栗並委員に発表いただきます。さらに、この事故は検証を行う第三者委員会が立ち上がりまして、第三者委員会の委員長を務めておられました桜花学園大学の近藤正春先生にお越しいただきまして、合わせて1時間程度の発表をお願いしております。この事故前後の栗並委員の当事者としての御意見や、その後の第三者委員会での検証に

当たっての報告は、どのような点があれば検証や再発防止に結びついたのかということの大変参考になる発表でございます。本日御出席の御快諾をいただきましたことを、それから栗並委員からお子様のことについて御報告いただくことも御快諾いただいたことをここで感謝申し上げたいと思います。

それではまず、栗並委員より発表をお願いいたします。

○栗並委員 栗並です。よろしくお願いいたします。

まず、このような機会をきょう設けていただいたことについて関係の皆様へ感謝を申し上げます。自分の経験を重大事故の再発防止の仕組みづくりに役立てたいという思いでお話をさせていただきます。

きょうは、全体としては資料1-Aをベースに話をさせていただきます。

まず初めということで、重大事故の再発防止というのはそもそもどのような手順で行うべきかということをお考えして、それを最初に共有させていただきたいと思いました。

資料1-Aのパワーポイントの「重大事故の再発防止のあり方」と書かれている資料です。重大事故の再発防止というのはそもそも何なのかということ、その重大事故と同種の事故がまた起こらないようにするというので、そのためにはまず原因の究明をする必要があります。その上で、突きとめた原因に対してどうしたらその原因を解消できるのかという再発防止策を検討する必要があります。防止策を検討しても何もしなければ再発防止にはならないわけで、それを今度は公表・周知して、実施していくという段階、3段階に分かれていると思います。

それに対して、各自治体、国や保育施設は具体的にそれぞれの段階において何をすべきかということをお示ししています。自治体においては、事故が起こったその事例に対して総合的に検証して、事故に至った要因を明らかにする必要があります。国においては、各自治体の事例の集約を行って全国的な傾向を分析し、課題を明らかにする必要があります。原因を究明したら、それに対して具体的かつ実行可能な再発防止策を検討する必要が国と自治体にあります。

その上で、実行の段階です。この段階では、データベースを整備したり、事例及び考察等について公表・周知する役割を国は負っていますし、国と自治体もあわせて再発防止策を立てたことについて注意喚起をしたり、必要であれば基準や指針の見直しに結びつけていく必要があると思います。さらに、それを受けた形で各施設ではマニュアルの整備をしたり、研修の実施という形で実行していく必要があります。今はそうしたことが全く仕組みとしてはないので、これをきちんと仕組みとして構築することが必要だと考えています。

今、この会議ではいろんな検討項目があるわけなのですが、それが①・②・③の段階のどこに当てはまるのかということ意識していったほうがいいのではないかと考えています。例えば、今、事故報告様式を検討しています。これは何のために必要かということ、原因を究明するためにその情報をいかに正確に集めるのかということをお考えいかななくてはならないので、①の原因の究明の段階のことを検討しているのだと言えます。それから、データベース化は、③の公表・周知の段階に当たりますが、ただ単に報告されたものをデータベース化すればいいというわけではなくて、報告されたことに関して原因を究明して再発防止策も検討した上でのデータベース化が必要なのだと言えます。

続いて、レジュメの1-Aで事例報告のほうに入っていきます。我が子が経験した事故の概要、事

故後どのような検証が行われたのかということをお話ししていきます。

事故の概要を説明しますので、資料1-Bです。ここに事故の概要をお示ししています。

事故が起こったのは4年前の10月です。場所は愛知県の碧南市、社会福祉法人立の認可保育所である「かしの木保育園」です。私の息子であります栗並寛也、当時1歳4カ月が事故に遭っております。簡単な状況としては、おやつのお食事中に窒息して意識不明になり、意識が回復しないまま39日後に死亡してしまったというものです。

事故当時の状況なのですが、この資料の裏面をごらんください。部屋の配置図などが示されています。息子が亡くなって1週間ほどしたところで私は保育所に話を聞きに行き、事故当時の状況を教えてもらっているのですが、そのときにびっくりしたことがありました。まず、息子はゼロ歳児クラスに当時在籍していたのですが、事故の発生した場所というのが1歳児クラスでした。ゼロ歳児クラスに在籍していたのだけれども、ゼロ歳児クラスの子供が急にふえたということで、ゼロ歳児クラスが芋を洗うようになってしまうから大変だと園長は説明していましたが、そのような理由で1歳児クラスに移されました。そのことを私は死後に初めて知ったわけです。それからびっくりしたのは、事故が起こってすぐに現場の確認に行ったのではなくて、事故が起こったのは金曜日で、土、日をあけて3日後に初めて市の方が事故現場に入って現場の状況を確認したということです。3日もたっていれば現場も片づけられてしまっているということで、現場の確認というのは非常に難しい状況にありました。そういった形で驚いたわけです。

事故当時食べていたのがカステラとかラムネだったということなのですが、そういったものを食べさせるときにお茶を与えなかったというのが事故の原因で、ほかには特に保育の問題はなかったのですが、再発防止策としては、お茶を飲ませること、「かみかみごっくんしてね」と声をかける、その2点だけで、もうそれ以上は特に再発防止策もなしという状態でした。

ただ、そういった説明では事故当時の状況が判然としなかったですし、問題のない保育のもとで人が死ぬということがあるのかということが本当に疑問だったので、私と夫と2人で何度も保育所に通って事故当時の状況を教えてくださいということで、一人一人保育士に聞き取りをしています。そういった中でわかってきたのが、担当保育士が隣について見守りをしていたという説明だったのですが、実は隣にはいなかったということがわかってきました。それから、ゼロ歳児クラスから1歳児クラスに移されたという話で、子供1人当たりの面積が国の基準に違反する状態にあったということもわかってきました。

そういった形で、やはり保育に問題があったということがわかってきたので、事故後どうしていったかということ、きちんと県で検証するべきだと県に要請をしたのですが、受け入れられなくて、それから長らく市と県が、市としては県がやったほうがいい、県としては市にやるようお願いするという形で、押しつけ合いをするような状況が続きました。

平成23年12月、事故から1年以上たったところでやっと市が事故報告書を公表したのですが、これが不十分な内容だったということで、私どもは県知事に、県が第三者委員会を設置して調査検証してくださいという署名を提出しまして、平成24年5月、事故から1年半後にやっと県と市が共同で運営する形で第三者委員会が設置されました。その後平成25年2月には事故報告書を第三者委員会が公表しまして、そこで幅広い提言が行われました。その提言を受ける形で平成25年6月には愛知県が事故

対応指針を策定、平成26年3月には市が常設の事故検証委員会を設置するという形で、行政の具体的な改善につながったわけです。当初は特に保育に問題はないと言われていたところから、検証が行われたことによって問題が明らかになり、行政の具体的な改善につながったと言えます。

碧南市が最初に事故報告書を公表し、その後また第三者委員会が報告書を公表したということで、この事故に関しては2種類の報告書が出ています。それについてどういった違いがあるかということの説明したいと思います。

資料1-Cは、碧南市の検証と第三者委員会の検証を比較したものでして、資料としては碧南市の検証が資料1-1、第三者委員会の検証が資料1-2に当たります。後ほど第三者委員会の検証については近藤教授のほうからお話がありますので、私からは簡単にポイントだけ説明をさせていただきます。

この2つの委員会の違いなのですが、まず碧南市のほうは、検証主体が碧南市ということで、碧南市で起こった事故について碧南市自身が検証するという形になっています。第三者委員会のほうは、碧南市だけではなく愛知県もかかわる形で事務局が置かれて、検証自体は第三者委員会という外部の委員会で検証したという形になります。

専門家の関与に関しては、碧南市の検証のほうは一堂に会する形ではなくて個別にヒアリングする形で、市民病院の小児科医や、保育の学識経験者というのはかつて大学の准教授であった方などに個別に意見照会をして、それを取りまとめる形で行政職員の課長が作成しています。これに対して第三者委員会のほうは、専門家がきちんと一堂に会して議論をしています。委員長を務められました近藤教授は保育行政に詳しい方でしたし、医師の方は県立の小児保健センターの医師なのですが、虐待や事故の予防に関する活動をしているような方でした。このように専門家に関しても第三者委員会のほうはしっかりとした検証を行うに足る人材を集めていただいたと思っています。

検証の内容についてですが、碧南市の検証のほうでは主におやつの与え方の問題だけが指摘されていまして、制度に関する検証は全くされていませんでした。

具体的に中身を見ていただきたいのですが、資料1-1の23ページの(5)に「社会学の観点からの検証」というのがあります。読み上げますと「今回の事故の検証は、…市において実行可能な取組みを考察するものとする。社会学の専門家による検証は、…保育制度に関する問題がなかったか考察することが趣旨であるが、…問題点が指摘されたとしても市単独での対応は難しいのが現状であり、…分析は国や県などの上位機関にお願いするものとする」とあります。ちょっとさじを投げているような状況にあると思うのですが、ここに市と県の検証の違いが顕著にあらわれていると思いました。碧南市の検証は碧南市自身が行っているのでも、自分ができないことは書くことができない、自分が実行可能なことしか書くことができないということで、やはり行政機関ではなくて第三者が検証する必要があるということを示していると思います。

制度に関しては上位機関にお願いをするということで、では、第三者委員会のほうの検証はどうであったかという、きちんと制度に関する提言もなされていまして、主な提言の最後の項目としては、行政による重大事故の検証の制度化というのがあります。国としてきちんと重大事故の検証をする仕組みを整えるべきだということで、まさに今ここで議論しているような国の制度に関する提言までしています。やはり行政機関自身ではなくて第三者委員会でないとは指摘ができなかったような項目であ

ると思います。

検証後の対応としては、市の検証の後は、保育の現場の具体的な改善が幾つか行われたのですが、第三者委員会の検証の結果としては、県が条例を制定したり、事故対応指針をつくる、常設の事故検証委員会を設置するという形で、行政の具体的な改善に結びついたしっかりとした検証が行われたと言えると思います。

続いて、また資料1-Aのレジュメに戻りまして、以上の経緯を踏まえまして、こういった仕組みが必要なのかということをお私から提言させていただきたいと思います。

まず、提言①です。重大事故の再発防止の最初の時点で、事故報告のあり方、事故直後にはどう対応するかというあり方について、事例から見えることを2つお話ししたいと思います。

現在の事故報告書は、行政が詳細な調査をすることなく、施設からの報告に基づいて作成されているようなものが多いと考えられます。ここで、息子の事故に関して実際どういう事故報告書が出ていたかを見ていただきたいのですが、机上配付資料ということで多分皆さんの机の一番下のほうに置かれていると思います。机上配付1という資料です。「保育所及び認可外保育施設 事故報告様式」と書かれたA4の1枚の資料です。これが実際、私の息子の事故のときに提出された事故報告様式です。

一番下の発生状況というところとか、発見時の児童の様子のところですか。まず、発見時の児童の様子のところを見ていただきたいのですが、「椅子に座り、保育士が横並びで対応している最中の出来事」とありますが、先ほど申し上げましたように、実は保育士は事故が発生したときに隣にはいなかったということで、本当の事故の原因の一番重要な点が正しく報告されていませんでした。

その下の発生状況のところですか。発生状況の内容として「事故発生の詳細は、別紙事故顛末報告書のとおり」とあるのですが、この事故顛末報告書というのが保育施設の園長が碧南市の担当課長に宛てた文書で、それがそのまま添付されていますので、事故当時の状況に関して施設が報告したものに對して行政が全く確認していないようなものが国に対して報告されていたということです。

この様式は、面積の部分や私の息子の年齢も誤っていて、本当に正しい情報が載っていないというのがこの事故報告様式に対する印象です。私の息子に関してはそういったことが言えるのですが、ほかの死亡事故を経験された遺族の方にお話を伺うと、やはり施設側の報告だけに基づいていて、遺族が把握した情報と違うのだという声がよく聞かれます。様式をどうするかということで様式そのものの改善というのでも検討していく必要があるのですが、それ以上に、この様式が作成される過程に問題があるので、そこをどうやって解消していくかということを考えていく必要があります。

2点目です。事故直後に保育者が記録を行わなければ記憶は薄れ、事故の検証が困難になると書きました。私と夫が保育士一人一人に聞き取りをしていったのですが、時系列で何が起こったのかという表と議事録をつくっています。

机上配付の資料ですが、机上配付2と書かれているA3の表があります。今、座長がお示ししてくださっていますが、これは私と夫がつくったものです。聞き取りの内容をもとに、一番左の寛也というのが私の息子なのですが、寛也が何をしているときに事故現場に居合わせたA保育士からE保育士まで5名の保育士は何をしていたかということの時系列でまとめています。グレーに色がついているところは息子の見守り以外のことをしていた時間なのですけれども、見ていただくと、寛也のところに1人でラムネを食べていたとか1人でカステラを食べていたと書かれているところは全部グレーに

なっていて、誰も保育士が見守りをしていなかったということが明らかになりました。表にして初めてわかるのです。聞き取りを何回も重ねてこういった表にまとめると何が起こったかということがやっとわかってくるということで、皆さんに感じていただきたいのは、これを遺族がつくったという、そのおかしさですね。こういった作業を遺族がやらないと事実がわからないという現状があるということをおわかっていただきたくてこれを配付させていただきました。

とはいえ、この表も完全ではなくて、担当保育士は「事故当時のことが記憶にない」と言っています。聞き取りを始めたのが事故から1カ月半後だったので、もうそのときには記憶が薄れている段階で、それでは事実確認は遅かったと思っています。こうした形で事故直後に記録をとっていなかったということで、第三者委員会が立ち上がっても検証に足る情報がないと、たびたび委員の方から声が上がっていました。

そこで、四角囲みの提言①です。保育士一人ひとりが事故発生後すぐに記録する様式を定めて、それをもとに行政が詳細な調査を行って事故概要を取りまとめる報告様式とすべきと思います。今、決められている書式というのが先ほどの一枚ぺらの事故報告様式だけで、それを取りまとめるに当たってどういったことが必要かということを示しているものが何もありません。やはり保育士一人一人が事故直後に記録をとることが非常に重要だと私は感じたので、その記録をとるための様式というのを一つ提案させていただきたいと思いました。

資料1-5です。A4の資料、表裏になっています。「事故の前・事故の時・事故後にあなたがいた場所と他の職員がいた場所、見たこと、聞いた声や音、言われたこと、あなたがしたこと、言ったことを、覚えている限り、すべて書いてください」ということで、今、参事官がお示ししてくださっていますけれども、この1枚の資料に事故直後に個人個人が記録をすることを提案したいと思います。これがどのような形で国の報告に結びつくかといいますと、その記録された個人の記録様式をもとに自治体の担当者が速やかに聞き取り、現場確認を行って、国に報告する様式をまとめる。それをもって国へ報告しまして、個人個人の記録様式というのはその後の事後的検証において自治体で活用するような使い方ができるのではないかと考えております。

続きまして、提言②です。今度は検証する段階でのあり方について提言したいと思います。碧南市の第三者検証委員会の検証から見える問題点なのですが、愛知県と碧南市の役割分担が非常に不明確でした。まず、立ち上げまでも市と県のどちらが第三者委員会を設置するのかということで非常に押しつけ合うような状態がありましたし、検証委員会が立ち上がったからも、事務局は愛知県と碧南市が共同なのだけでも、碧南市がいろんな事務を負っているというのが見えたので、そのあたりで問題があると感じました。

それから、事例としてはそもそも検証される事例がすごく少ないです。机上資料で新聞記事を一つ置いているので、また見ていただきたいのですが、2008年から5年間の死亡事故62件のうち、第三者による検証がなされたのはたったの4件で、1割にも満たないです。その死亡事故のうちの8割を占めるのが睡眠中の死亡事故で、睡眠中の死亡に関してSIDSと考えられるものもあるのですが、そうではなくて寝具であったり、吐瀉物、吐いたものが詰まったような窒息の可能性が考えられる状況があっても、詳細調査をされずに病死扱いされているようなケースもあります。このように多くの事故は検証どころか調査もされていなくて、事故当時の状況すらわかっていない状況にあります。

国において子供の死亡について検証する仕組みが全くないかというところではなくて、児童虐待の検証制度があります。児童虐待防止法において国と自治体の双方に重大事例の分析の責務が規定されています。その責務を踏まえて、自治体における検証の基本的な考え方や検証の進め方について国から通知が出ています。その具体的な通知をきょうお配りしているのですが、資料1-4、虐待の検証の仕方について示している資料があります。この中で役割分担も示されています。1ページ目の「2 実施主体」のところで「都道府県が実施することとし、検証の対象となった事例に関係する市町村は当該検証作業に参加・協力するものとする」ということで、県と市の役割分担は既に示されています。

それと、碧南市の第三者検証委員会では、委員の中に当事者である愛知県の責任者が入っていて、そこは中立性を損ねるところがあったのではないかと私は感じているのですが、虐待事例に関しては先ほどの国の通知の「4 検証委員の構成」のところで「検証委員は外部の者（当該事例に直接関与した、ないし直接関与すべきであった組織の者以外の者）で構成することとする」ということで、直接関与した人は委員にするべきではないということが既に書いてあって、きちんと検証の仕方を示したものが虐待に関してはあるということなのです。自治体においては、この通知に沿って検証委員会を立ち上げていけばいいということで、困難なく検証委員会を立ち上げることができると思いますので、このような形で保育・教育の重大事故に関しても一つ検証のやり方を示すような通知を出してガイドラインとして働かせていく必要があるのではないかと考えています。

それから、提言③です。今度は再発防止策を公表・周知していく段階についての提言ですが、現在、重大事故の情報は共有されずに、同様の事故が繰り返されている状況にあります。

まず、食事中の窒息死亡事故ですが、私の子どもの事故が平成22年に起こっています。平成24年には認可保育所で2件の窒息事故が起こってしまっていて、2つとも白玉だんごによる窒息事故です。同じ食材で窒息事故が起こっています。白玉だんごの事故のうち1件は、同じ県内で2年前に小学校で起こった白玉だんごの窒息事故と同一メーカーの同一製品なのです。ですから、きちんと情報共有をせずに同じような事故が繰り返されているということがわかつています。

それから、プールや川遊びでの死亡事故も保育園、幼稚園で相次いでいまして、そのうちの1件は消費者庁で検証されて報告書が公表されているのですが、この夏に公表された後に、2件、プールでの死亡事故、川遊びでの死亡事故がいずれも認可保育所で起こっています。

睡眠中の死亡事故は死亡事故の8割を占めて、うち6割がうつ伏せ寝の状態で見られています。厚労省においてはうつ伏せ寝を避けるように指導しているのですが、それでもうつ伏せ寝の状態での発見が相次いでいます。

現在、事故情報を国では公表しているのですが、必ずしも再発防止に生かせる形にはなっていません。厚労省の事故報告集計の公表は前回の会議で配付されているのですが、件数が並んでいるだけで事故当時の状況について詳細な記載がありません。事故防止に関する注意喚起の文書もありますが、報告された事故から教訓を得て生かすようなものにはなっていません。

それから、日本スポーツ振興センターの学校事故・事例検索データベースですが、これはそもそもスポーツ振興センターの給付の対象である認可保育所と幼稚園の事故しか掲載されておらず、認可外保育所等の事故は掲載されていません。公開されている情報についても大事な情報は抜け落ちていて、



例えば我が子の事故に関しては保育士が隣にいなかったという非常に重要な情報が全く出てきません。

そこで、次のページです。提言③として提言をさせていただきます。これについても児童虐待の検証制度が非常に参考になると思います。児童虐待の検証制度に関しては、先ほど地方自治体で検証するためのガイドラインとしての役割を果たす通知が既に出ているというお話をしましたが、自治体での検証結果を国は収集しています。それに関して検討しまして、ことしの9月までに10回も報告を公表しています。このような形で教育・保育の重大事故に関しても地方自治体の検証結果を国において収集して分析して公表するという仕組みづくりが必要だと思います。

検証結果の公表のあり方なのですが、保育行政や園長など各施設の責任者においては詳細な報告書の公表が必要だと思うのですが、ただ分厚い報告書を配られても現場の保育士さんがすぐ使える形にはなっていないと思います。先ほど消費者庁が幼稚園のプール事故の報告書を出したという話がありましたが、これは結構立派な報告書が出ていて、それが公表された同日に厚労省においても各自治体に対して注意喚起する文書を出しているのですが、それでも事故が起ってしまったということで、やはり検証された結果をきちんと具体的にこういうことをすれば防げるということで、すぐ使える形で公表しないと意味がないと感じました。自治体の検証結果の公表を国で収集して、また公表する必要はあるのですが、現場ですぐ使えるような形での公表やデータベース化ということも考えていかななくてはならないと感じます。

最後に、提言④です。事故直後の正確な調査とふだんからの質向上のための提言ということで、碧南市の場合、事故後は市役所に常駐する指導的な立場にいる保育士や栄養士が市内の保育施設を巡回指導するようになりまして、一つ一つ問題を指摘するなどして保育環境の改善につながっているという状況があります。そういう形で専門の職員がいれば平常時は質の向上の指導ができますし、事故発生時には速やかに事故後の対応に当たることができると思うので、そういった専門の職員を各自治体に配置するべきだと考えます。国においては、そういった指導職員を地方自治体に置くべく配置基準を定めたり、配置をなささいと言うだけではなくて、自治体に対して財政的な支援を行うなどの対応が必要になってくると考えます。

今、いろいろ提言をしたのですが、最後に少し私が感じていることをお話ししますと、死亡事故の現場にいた保育士の話を聞いたことがある方は多分ここにはあまりいないと思うのですが、息子の事故が起こった現場の保育士に話を聞くと、先ほど担当保育士は事故当時のことが記憶にないという話をしたのですが、それでも何とか情報を得たいので、私は泣きながら頭を下げて「何か少しでもいいから思い出して話をしてほしい」と言ったのです。そのときに保育士さんが言われたのが「私がしたことだから、私が一番覚えていなくてはいけなくて、お母さんに話をしなければいけないのに、思い出したくても思い出せない」と、わんわん泣いていたのです。

ほかの事故の事例ですが、黙っていることが苦しくなったということで、事故当時話すと不都合になるような情報を後になって話してくれたような保育士さんがいるということも聞いています。そういう方たちも事故当時のことを話すことができたなら幾分か心も軽くなると思いますし、また自分の行動を省みることでもできると思うのですが、ただ、記憶がないとなったら、そういった機会を全く持つこともできなかったわけです。

重大事故は、もちろん私たちのような家族の人生も大きく変えますが、その現場にいた保育者の

心を壊したり、場合によっては仕事を奪ってしまうということにもつながると思うのです。現状としては、事後対応がきちんと行われなくて事故後の現場が混乱して、施設や自治体もきちんと対応ができない、そういう中で事故当時の状況を遺族は知ることができなくて、保育施設の担当者との接触も絶たれる中で、やむを得ず訴訟を起こす。事実を知りたいがために訴訟を起こさざるを得ないというような現状があります。今は仕組みがないためにそういった悪循環の状態が起こっていると思います。

最後に申し上げたいのは、事後対応を適切に行うことで保育者は自分の行動を省みることができずし、家族も子どもに何が起こったかを知ることで立ち直ることができます。何が起こったかがわかればその施設の改善にもつながりますから、こういった事後対応の仕組みを整えるということで保育者と施設と家族の立ち直りの支援をしてほしいと思っています。

一番最初にお示したパワーポイントの資料に戻るのですけれども、原因の究明をして再発防止策を検討し、公表・周知することを仕組みとして構築することが必要で、それを自治体や施設の自主的な努力ではなくて仕組みとして構築する必要があると思います。その上で、国や自治体や施設は何をすべきかということなのですが、パワーポイントの資料を1枚めくっていただきまして、国は事例の集約を行う役割を果たす、各都道府県は個別の事例を検証して再発防止策を検討する役割を果たす、市町村は検証作業に参加する、施設は再発防止策を実行するという形で、しっかりと再発防止の仕組みを整えていく必要があると考えます。検証の実施主体は、専門職員がおり、また児童福祉法上、指導監督の権限を持っているのが都道府県ですので、都道府県が検証主体となってこういった仕組みを整えていく必要があると考えております。

以上です。

○前田座長 どうもありがとうございました。

質問は近藤先生の発表が終わってからまとめてお受けいたします。

ただいま栗並さんより御発表がありました碧南市の認可保育所での保育事故の第三者委員会の座長を務められました近藤先生のほうから、第三者委員会の視点で御説明していただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○近藤教授 今、御紹介いただきました近藤でございます。

碧南市の保育事故にかかわる第三者委員会の責任者をさせていただきまして、検証結果をまとめさせていただいたわけですが、今、栗並様の御意見の中にもございましたけれども、1年半経過した後で初めてこういう形の組織が立ち上がるということでした。私たちは、平成25年2月に報告書を出させていただいておりますので、9カ月にわたりまして検証させていただきました。後でも触れますけれども、当事者である園、実施責任を負っている、具体的には碧南市、一般的に受けとめていただいたほうがいいと思いますけれども、園と市町村、ある意味ではこの二者で実際の保育の具体的な活動というのは展開されて、県はそれを指導監督するという立場で相対的に違う立場にあるかと思いますが、その当事者が、これだけ死亡に至る重大な事故が起きたにもかかわらず、ほとんど責任ある検証をされていないということを最初にすごく不思議に思ったということを述べさせていただきまして、具体的な話をさせていただきたいと思います。

碧南市の民間保育所における保育事故が提起している問題ということで、2つに大きく分けて、最初にポイントだけ指摘させていただいた後、具体的な話をしていきますので、ざっと見ていただければ

ばいいかと思いますが、保育所運営上の問題ということで4点ばかりここでは指摘させていただきたいと思います。

本検討会の主要なテーマは、行政上の責任をどういう形でしっかりと果たしていくような体制をとるかということだと思いますが、「保育の実施」責任と関わる行政上の問題ということで5点ほどまとめさせていただければと思います。

もう1点、愛知県は昨年、保育関係の全国的な研究会を行いまして、その研究会に向けて県社協の保育部会で、愛知県下に1,000以上の保育所があるのですけれども、保育事故に関する悉皆調査に近い、ほぼ全園からアンケート調査の回答を得て、保育事故に関する愛知県下の今の保育所がどういう状況にあるのかということも資料としてまとめさせていただいた経緯がありますので、それも最後に少し関連して触れさせていただきたいと思います。

まず、保育所運営上の問題ということです。冒頭にも感想的な意見を述べさせていただきましたけれども、保育所運営の責任主体としての意識というものが私としてはほとんど感じられなかったといえますか、印象的な表現を使わせていただければそういうことがありました。まず、事故の主體的な検証を園として当該園が行う必要があるのではないかと。今の栗並様の御意見ともその分、本当に重なるとは思いますけれども、当該園の検証がほとんどできていないということがありました。これは検証委員会で提言させていただいた内容です。当該園として本当に責任ある検証をしようとするればこれぐらいのことはしっかりと踏まえて行う必要があるのではないかとということで提言させていただいたものですので、お目通しいただければと思います。

園長先生へのヒアリングも行いましたけれども、まさに園長先生御自身が、検証をできていなかったということを第三者委員会の場で発言されておりました。園運営の責任者のこういう状況というものを、全国の園からなくしていくことがまず必要だと思います。

後でも触れますけれども、第三者評価の受審を碧南市としても責任を持ってサポートしているわけでありまして、当該園も事故が起こる前に既に第1回の福祉サービス第三者評価の受審もされており、事故後にもう1回受審されているということですので、この園が園運営において見識のない園だとは必ずしも私は思っていないが、ある意味では園運営について反省的にそういう形で取組みをされている園が、こういう園長先生の述懐にあるような形の事故が起きたときの検証に対して主體的な責任ある対応がとれていない、ここの落差というものをどう見るかという問題があるのではないかと思います。一般的な普通の園でそういうことはあり得ると考えて行政としての対応責任というものを考えていかないといけないのではないかとと思うところもあるわけです。

2つ目に、園運営における問題点といたしましては、保育の個別場面における標準的な実施方法というものがほとんど職員間で共有されていなかったですし、不断の見直しももちろんされていないということが指摘できると思います。逆に言えば、こういう取組みが必要だということになるかと思えます。

先ほど栗並様の御意見にもありましたけれども、おやつを食することによって事故が起きているわけです。午睡からおやつという移行期というのが、ある意味では子供にとって危険な時間帯、そういうことがあるかと思えます。

この会議の資料としてお送りしていただいた資料の事例に入っていたのも、散歩から帰って園の中

での通常の保育への移行期における園庭での遊びの中での事故で、事実かどうかちょっとわかりませんが、資料としてもそれがありませんけれども、資料としてもそれがありません。移行期というのは保育の実際においては危険をはらむ場面ではないかと碧南市の事例を通して感じられるのですが、そのあたりもしっかりと標準的な実施方法というものについて考えておかなければいけないのではないかと思います。

これは愛知県における調査を通しての結果ですけれども、事故防止のための具体的な行動手順というものがどんなふうに確認されているかということです。後でも触れますけれども、全体に各項目とも民間園の回答率が低いという結果が出ております。

それから、(資料2-1、8ページ)24は、特に今回の碧南市の事故に直接かかわるような場面での手順を確認しているかということで、比較的確認はされてきているのですが、それでもまだまだこういうデータというのが愛知県下の現状かと思えます。

もう一つは、園運営の責任体制の問題ともかかわりますけれども、おやつを選定ということが担当者任せになっているという問題や、事故防止マニュアル、事故対応マニュアルが未整備であるということです。園の運営ということに関してそういう問題が指摘できるのではないかと思います。特に今回事故を起こしました園では、おやつを食べて事故というものに結びついているわけですが、おやつを選定するのが担当者任せになっていたという現状がありますので、そのあたりのところは園運営の課題としても確認できるかと思えます。

(資料2-1、10ページ)これは愛知県の具体的な調査の結果です。給食やおよつ(おやつ)の食材選びに関して、責任ある体制が整えられていますかということに関しましては、全体で「はい」が92%ですから比較的整えられているとは思いますが、それでもこういう結果で、「いいえ」という回答もまだまだ1割弱あるということです。そのあたりも見ただけならばと思えます。

保育所としてのリスクガバナンスの確立という運営にかかわるところで、機能するヒヤリ・ハット等の整備、保育所独自の事故防止マニュアル、事故対応マニュアルの整備、これらも検証委員会でその必要性を指摘させていただきました。

愛知県における調査で言いますと、リスクマネジメント委員会、安全管理委員会というものを園として設置しているかということに関しては非常に低い現状があるわけです。設置されていない園のほうが圧倒的多数ということになります。ただ、ヒヤリ・ハットの経験を生かす仕組みはありますかということに関しては、比較的多くの園が一応そういう仕組みは整えているというふうに答えていただいているかと思えます。組織的に体制を整えて、保育の安全あるいは事故防止を進める体制ができているかという点、その点について現状はまだ低いレベルと、この結果からは言えると思えます。

事故防止マニュアルがありますかということに関してもこのデータであります(資料2-1、13ページ)。

それから、どちらかという重い事故を想定して、医療機関受診事故に際して検討会等を設置していますかと聞きましたけれども、どう評価するかということはあると思いますが、6割から7割というところですので、まだ検証を行っていない園も多いということは確認できるかと思えます。

保育所運営の方針やそれに伴う課題です。今回の場合は、先ほど栗並様の意見にもありましたけれども、ゼロ歳児クラスにいたお子さんが1歳児クラスに移っていたというような、ゼロ・1混合保育に年度途中で移行しているわけです。これは大きな変化だと思いますけれども、それらが保護者にも

伝わっていなかったですし、そういう保育形態の大きな変化に対してどう対応するかという点での職員間のしっかりとした確認というものも不十分だったと考えておりますので、このあたりも実際の保育所運営ということからいいますと、非常に重要な課題になるのではないかと考えております。

愛知県におけるアンケート調査の結果に関して、保護者に対して園の方針の説明をしているかということに関しましては、私立園で85%ということで、ちょっと低いかなという印象を持ちました。

以上が保育所運営上の問題・課題ということになります。

次に、行政上の問題ということで幾つか触れさせていただきたいと思いますが、今回の場合はおやつのお下痢に伴う事故ということでありました。これに伴いまして、提言では、実技を伴う救命救急の講習を行う必要があると養成段階の課題を言っています。現職段階の課題としては、保育所ベースということで、年に1回は実技を伴う救命救急の講習を実施することが必要ではないかという提言をさせていただきました。

参考までにですが、これは2012年に新たに改訂されました新保育士養成講座編集委員会編の「子どもの保健」というテキストです（資料2-1、18ページ）。そこの3行目のところに「異物には注意が払っても食べ物の形態や食事の状況などに起因する窒息については、無防備になりやすい」ということで、子ども調べてみますと、誤飲ということに対する危険についてはかなり周知されていたわけですが、お下痢に伴う窒息の危険性ということに対しては、当時の保育士の専門性の一つの知識の中身として、あまりしっかりとした認識がなかったように思います。新しい編集委員会のテキストで初めてそのあたりの危険性についての警鐘が鳴らされたと理解いたします。それ以前はそれが弱かった。

これはたまたまおやつのお下痢に伴う事故ということですが、実際の仕事に従事している関係者の保育の事故防止あるいは安全確保という観点で、十分に周知しておかなければいけない知識や技術というものについて、それ以外でも幾つか抜け落ちているといいますか、ひょっとしたらその段階での一般的な水準としてはそのところはあまり意識できていなかったという問題もあるのではないかとこの事例から思いますので、そのあたりも十分に考えておかなければいけない点かなと思います。

救命救急の実技を伴うことの必要性、実施を年1回という提言をさせていただきましたけれども、実際に実施しているかどうかの愛知県における調査の結果ですが、民間園の場合、まだ55%というデータになっていますので、実施に伴って費用負担等々の問題も発生するとすれば、行政としてそのあたりをどう手当てするかということも課題としてはあるのかもしれないと思うところであります。

市町村の行政責任の明確化ということで、これは保育の実施責任を市町村が負っているという基本的な認識に立って、第三者委員会としては、実施責任を負っている市町村に事故発生後なるべく早期に事故検証委員会を置いて、事故の再発防止に向けての課題を検討する必要があると提案させていただきました。

事故検証委員会については、事故原因の解明と再発防止を目的とし、事故後できるだけ速やかに発足させることが重要で、委員は、専門家で構成される外部委員で構成し、原則公開として検討結果については公開していくことを想定しています。こういう形で、市町村に置かれる事故検証委員会についての基本的な考え方を第三者委員会として提言させていただいたところでございます。参考までに御確認いただければと思います。

続きまして、事故発生の際の保育所、市町村、都道府県の適切な連携に基づく迅速な対応です。今回の碧南市の事故を通して見えてくるのは、この点も非常に不十分ではなかったのかということでございます。

市から県への事故報告が事故発生から7日後になっております。ここにも象徴的に示されておりますけれども、保育事故が起きた際に園が責任ある検証をほとんどしていないという問題は既に指摘いたしました。市としてもそのあたりの対応が迅速さに欠けていたということは指摘できる点だと思います。

保育所の事故に関しましては、実施責任は市町村にあります。監督責任は都道府県が負っておりますし、ある意味では全国的に情報を共有するという点でいきますと、国の役割も大きいということで、こんな指摘もさせていただきました。

この点が私もびっくりしたのですが、愛知県下の実情で、事故の際に市町村所管課への報告基準はあるのかと確認しましたところ、特に民間園において39%しか肯定的な回答が得られていないということです。先ほど栗並様の発言にもありましたけれども、当該園が行政に事故の報告をするということが第一義的な段階では非常に大事で、その中身も当然問われるわけですが、報告するということがこの結果からはしっかりと位置づいていないのかということも思わざるを得ないわけであります。

もう一つは、市町村は自治体としての保育所の事故発生時の対応マニュアルがあるかということに関しまして、これも比較的低いですね。民間園に関しては50%ということで、民間園の立場から市がしっかりと実施責任を負った形で対応しているということについても現状はその体制が弱いのかなと思います。

食の安全を始めとする保育にかかわる材料の安全性・適切性についての行政の指導体制の構築ということですが、都道府県ないしは国のレベルで保育事故にかかわって、今回はおやつを子どもが食することによって嚥下に伴う窒息事故が起きたということで、このような問題を回避するという点でいきますと、最後にアンダーラインを引いて、3行、報告書の中に触れさせていただいていることなのですが、実は私ども第三者委員会として、おやつの物性検査というものを、この検討会に委員として出ていらっしゃいます山中先生に御依頼いたしまして、検査をお願いしました。もう事故からかなり時間が経過しているということで、物性検査自体は無理だという御回答を得たのですが、ただ、それにかかわってこういう3行の指摘を受けました。「今回の窒息が発生する直前に口に入れていた食品の商品名、サイズなどを正確に記録しておき、また、窒息の発生状況を詳細に記録し公開しておく必要がある。」という指摘です。第三者委員会としては、この問題については広く問題提起させていただく必要があると考えて提言させていただいた中身です。今回もこういう場ですので、御確認いただければ大変ありがたいと思っています。

保育の条件整備の問題につきましても触れさせていただいておりますが、時間の関係もございましてお目通しいただければと思います。栗並様の問題提起あるいは私どもの検証の場でも、今の乳児室等の基準の問題につきましてもは検証し、改善課題を提起させていただいたところですが、既に条例レベルでは改善されているというところもございまして、これについては少し先へ進ませていただきたいと思っています。

(資料2-1、28ページ) ここだけ触れさせていただきますが、愛知県における調査でいきますと、

現行の基準で保育の安全が保障できるかということに関しましては、比較的低い回答になっています。特に規模が大きい園ほど肯定的な回答は少ないという事実が実態調査からは得られておりますので、御紹介だけはしておきたいと思えます。

保育室の面積基準につきましても、こういう形で回答が得られておりますので、参考までに触れさせていただきます。

行政責任の最後ですが、先ほども冒頭に触れましたが、福祉サービス第三者評価あるいは行政監査等の結果を都道府県、市町村、保育所が相互に共有して、保育所運営の改善課題を明確化し得る連携した指導体制の構築、これが私は必要かと思えます。福祉サービス第三者評価はまだ努力義務というところではありますけれども、保育所は自己評価を行うことも努力義務として確認されていますから、それと連動して保育の安全の確保に向けての十分な体制を整えていくことも可能性の問題としてあるのではないかと、この課題も指摘させていただきたいと思えます。

最後に、時間がもうありませんが、愛知県における保育中の事故に関する実態調査結果が提起している問題ということでざっと触れさせていただいて、私からの意見陳述を終わらせていただきたいと思います。

調査結果等からも触れさせていただきましたけれども、公私間の格差というものがまだ現状では大きいように思えます。民間園ほど保育事故のリスクが大きいと言わざるを得ませんので、保育の実施責任は市町村が負っていらっしゃるのが今の体制なのですが、市町村は公立園に関しては、みずからの設置園ですので、直接的な指導関係というものが構築できるのでしょうかけれども、民間園に対してどれだけ保育の事故の再発防止という観点で行政がかかわり得るのかということについて、この検討会でも一つの検討課題にさせていただけると、今の私どもの状況把握との関係でいくと非常に重要なと考えているところであります。

(資料2-1、32ページ) 特にここに指摘したような点で公私間の格差というのはすごく大きいので、そのあたりの課題をまず指摘させていただきたいと思えます。

次に、保育所運営上の問題についても相対的な課題があるということは調査結果からも明らかなのですが、文章で書かせていただいておりますように、保育所運営の状況を意識レベルと実践レベルと組織レベルとに分けて捉えさせていただきますと、相対的には組織レベルでの課題があるように思えます。

具体的に少しデータを出させていただいておりますが、組織レベルの課題が大きいということにかかわりましては、先ほどもちょっと具体的な中で触れましたけれども、例えばリスクマネジメント委員会や安全管理委員会の設置が全体で31%でありますとか、アレルギー対応委員会の設置につきましても全体で33%等々、組織として保育の安全をいかに確保するのか、事故防止について組織としてしっかりした対応をするという点で現状は課題が大きいと理解しております。

最後に、資料で愛知県の「保育所事故対応指針」を栗並様からも私からも出させていただいておりますけれども、愛知県のこの指針が持っている意味は、市町村レベルの対応につきましてもしっかりと指針という形でまとめているところが一つの重要なポイントかと思えます。その上で、公私間の対応の違い、現状における落差というのが若干あるわけですので、そのあたりも市町村が事故対応の指針をしっかり持って、公私間の区別なく実行していくという形がとれば、保育の安全確保という点

での一步前進した体制が想定できるのではないかと考えております。

以上ですが、ちょっと時間を超過したかもしれません。失礼いたします。よろしくお願ひ申し上げます。

○前田座長 近藤先生、どうもありがとうございました。

それでは、ただいまのお二方の発表について御質問がございましたら、ぜひ委員の方々からお願ひ申し上げます。いかがでしょうか。

どなたも遠慮なさっているので、まず座長の私からお聞きしてもよろしいでしょうか。栗並委員のほうからは、当事者の法人は記録も不十分で、きょうお話を聞きする限りは、事故報告様式も、実際に保育士がいなかったにもかかわらず、いたというふうに虚偽の報告がなされて、修正されないまま残っているわけなのです。一方で近藤先生は、もちろん園が当事者として事故直後に正確な記録をとることも必要だということで、愛知県の保育所事故対応指針にも盛り込まれております。保育関係者の方には大変失礼な言い方なのですが、身内だけで正確な情報を把握することが可能かということと、市町村は責任もありますので、事故当初の記録をとるに当たっても第三者が立ち会うとか第三者が聞き取るようなことは必要かどうか、どのように思われますか。つまり、保育者の職業的な使命感と善意によって正確な記録がその場合とれるかどうかということについての質問でございます。

○近藤教授 今の御指摘は、ある意味ではもっともな御指摘かと思いますが、私どもの第三者委員会の検討の中で、今御指摘されたところまでは提言の中の具体的な課題設定としてはさせていただいていないのが実情です。ただ、事柄によるかと思いますが、現状はもう一つ前の段階かとも思います。当事者として責任ある対応自体が今回のケースで言えばまだできていないし、市町村レベルでもそれが十分であるとは言えないものですから、まずはそこをクリアして、段階論ではありませんけれども、その経験をさらに検証しながら、今、前田座長がおっしゃったような課題も当然、出てくるかとは思いますが。私はそのように思いますが、栗並様はまた違うかもしれません。

○栗並委員 私の立場からは、個人が自分で記録をとるというのは一番最初の時点では必要だと思います。というのは、自分のしたことを自分で整頓しながら自分の文字で書くことで、後からその記録を見たときにまた思い出してくることもあると思います。また、聞き取りという形を最初にやってしまうと、聞かれ方によって記憶がゆがんでしまうというようなことも心理学の観点からは指摘されているので、そのことについては前回の会議でお配りいただいた「保育現場の「深刻事故」対応ハンドブック」に書かれているのですけれども、そういったものを防ぐためには第一段階においては個人が自分自身で記録するという段階が必要かと思えます。

とはいいいながら、そこだけに委ねるのではなくて、他者が聞くこと、第三者が聞くことで初めて気づくということもあると思います。実際、私も、担当保育士と二人でじっくり話をさせてほしいということで、話を二人だけでした機会を一度持っているのですが、「どうしてあなたはお茶を飲ませるのを忘れたの」という話をしたら、そのときに「ほかの子どもたちが部屋の中に散らばっていると言っていたけれども、それを気にしていて寛也のおやつの見守りが十分にできなかつたり、お茶を飲ませることを忘れたのではないの」と言ったら、「今、お母さんに言われて初めてそう思った」とおっしゃっていたのです。自分として見直すことも必要だけれども、それを第三者が聞くことによって改めて気づくこともあると思うので、やはりその記録に対して第三者が聞き取ることも必要だと思いま



す。

そういう中で、先ほど黙っていることが苦しくなったという発言もあったのですが、個人で書く時点では書かなかったけれども、やはり良心の呵責があって、自分には不都合になるような情報も聞き取りの中で初めて出てくるというようなこともあるのではないかと考えているので、第一段階として個人で記録をした上で、第三者が事実確認をなるべく早い段階で入るということは必要だと思います。

○前田座長 ありがとうございます。

そうしますと、お二方の御意見を総合して解釈いたしますと、まずは何よりも保育の現場にいた人たちが自分たちの見たものそのとおりを記録することが必要であるけれども、近藤先生の御意見では、そもそも事故を起こした保育園自体がそういう記録をすぐとらなければいけないという自覚がないので、そこから始めなければならないという御意見でございますね。

私が質問してしまいましたが、皆さん、いかがでしょうか。御質問ございませんでしょうか。どうぞ。

○小原委員 栗並さんのお子さんの事故の場合ですと事故が発生してから39日後に亡くなったとお聞きしたのですが、行政の方が実際に現場をごらんになったのが3日後とおっしゃっていましたね。事故が発生して、お子さんの様子が急変したときに救急車などを呼ばれて病院に行ったりしている間で、どこからがこれは重大事故だと認識するかということによっても、例えばその直後に現場の対応もありながら保育士さん一人一人がこういった書類を書くかどうか、2日、3日たってまだ意識が戻らないので、やはりこれは重大事故だと認識するのか、そのタイミングのところはますます難しいと聞いていて思いました。保護者や行政の方への第一報のあり方がどうだったのかということなどにもよるかなと思ひまして、そこら辺のところはどうだったのでしょうか。

○栗並委員 まず、意識不明が39日続いたのですが、「おやつを詰まらせたと聞いたので、2～3日したら元気になって退院してくると思っていた」と言った事故の関係者の方がいるのです。39日間生死の間をさまよっている子供の横に私はずっと付き添っていたのですけれども、何てのんびりしているのだろうと思ったのです。ふだんから子どもにかかわるような経験が余りない行政職員だとそういうことを言うこともあるかなとは思ひましたが、どこからが重大な事故で、そうではないのかというところの線引きなのですけれども、意識不明に一時的にでも至ったものについては生死にかかわるものだと思うので、それは重大事故だということで、意識回復が比較的早い段階であったとしても、それは報告が必要な重大事故として位置づけていくべきだと思います。今の報告基準だと、死亡か、治療期間が30日以上かかったものになってしまうので、意識不明に一時的になって、例えば1週間たって回復したというようなケースは報告されないと思うのです。でも、それは恐らく生死にかかわる事故だと思うので、死亡と意識不明に関しては必ず検証の対象にしていくべきではないかと思ひます。

もう一つ、事故が起こった日にほかのいろんな対応もありながら記録ができるのかという御質問があったと思うのですが、それに関しては園運営上のマニュアル整備等で対応できるのではないかと思います。もし事故が発生したときには、救急搬送されている子どもには誰がついていく、残った子どもたちは誰が見る、記録は園長が責任を持って一人一人に書かせるように体制を整える、そう

いった形でふだんからのマニュアル整備等で対応していくことが可能になると思います。

以上です。

○近藤教授 よろしいでしょうか。

○前田座長 どうぞ。

○近藤教授 私どもの第三者委員会報告書の17ページを見ていただければいいかと思います。

○前田座長 資料1-2と右肩に書かれているものでございます。碧南市「保育事故」第三者委員会報告書ですね。

○近藤教授 そうです。そこに「園ならびに市の事故後の対応の問題」ということで書かせていただいております。これは検証した中身をこの項目で書かせていただいている部分です。その中の、上の引用句は先ほど紹介した園長の述懐でございますが、下の二重かぎ括弧のところが第三者委員会における碧南市の担当課長の陳述の中身です。そこを見ていただきますと、3行を読ませていただきますが、「私どもとしても経験したことの無い事例が発生したということで、事故に対するマニュアル等も何もない中で手探りでどうしたらいいかということで考えながらやっていたということで、迅速な行動が行えなかったというのは、全くの事実でございます」、このようなヒアリングに対するお話です。それがございましたので、こういう形でその発言を引用させていただいているわけですが、今の栗並様の御意見ともかかわりますけれども、園レベルでの対応マニュアルもない園が、先ほどの愛知県における調査でも特に民間園に関しては多いわけですね。加えて、ここの発言との関係でいくと、自治体レベルの事故対応マニュアルもどれだけ全国の自治体で整備されているかというあたりもやはり問われてくるのかなと思います。愛知県がああいう市町村に対する指針を園に対する指針とあわせてまとめて出したというところの意味もそこにあるように私は理解しているところでございます。

○前田座長 ありがとうございます。どうぞ。

○櫻井委員

質問というよりは近藤先生のお話大変共感するところがありましたので、少しお話をさせていただきたいと思います。

私たちの町では、既に危機管理対応マニュアルを策定しております。その中には事故防止、もちろん食物アレルギーの防止や、いろいろな病気への対応などが含まれております。しかし、ほかの自治体と少し違っているのが、先ほど近藤先生からお話がありましたように、町の公立保育所のみならず民間保育所も全てこの対応マニュアルの管轄の中に入れております。そこでは安全委員会を設置することとしており、所長のほかに民間の保育所の主任をリスクマネージャーとして位置づけし、年に2回、安全委員会を開催しております。

公立と民間が交わってこのような事故防止のための委員会を開いているところはなかなか宮城県の中にもありません。先ほど、救命救急や、事故が起きたときにすぐ一義的に対応できる防止策を保育士がとることがすごく大事だということでお話がありましたけれども、私たちの町では保育士会というものも同じように、町立、民間問わずつくっており、保育士の研修内容について、年間何をするかをそこで検討しております。特に消防署による救命救急講習は必ず年に1回入れるということで、利府町の保育所は民間のみならず全てで実施しているということです。先ほどお話の中にありましたけれども、やはり公私間の区別なくというのがすごく大事なのだろうと思っています。

それから、重大事故の防止ということではありますけれども、重大事故に至らないように未然に防ぐということがすごく大事なのではないかと考えております。私たちの町の話をしていただきますと、ISO9001（品質マネジメントシステム）を認証させていただいて、今はもう返上しているのですが、その中に予防措置、未然防止という対応策が位置づけられております。例えば先ほどの白玉だんごが喉につかえた死亡事故は新聞等で大きくクローズアップされました。私たちの町では必ず新聞をみんなで読もうということで、保育所、保育業務に関するものが何かあったら、みんなで新聞を取り合って朝持ってくる。町立、民間の保育所に未然防止のためにその情報を周知させる。同じようなことが自分の町ではないようにと、共通理解を持って対策にも当たっているところです。

今、近藤先生からいろいろお話をいただいたのですが、冒頭にも言いましたけれども、町が民間を管轄するのはとても難しいことだと思います。しかし、利府町の場合、子どもたちはみんな利府の子どもであり、どの保育所に入っても同じサービスを受けなければだめだという根底の考え方があり、町立、民間、全て同じサービスを提供させていただいているところです。公立だったらできるけれども、民間ができないところには補助金を交付するといった形でやっています。できるだけ公私間の区別なく実施できる体制が安全管理につながるのではないかと常々思っているのですが、きょう近藤先生のお話を聞いて大変共感させていただきました。ありがとうございました。

○前田座長　ありがとうございました。

せっかくですので、御質問をお願いします。いかかですか。皆さん、よろしいですか。

○鈴木委員　NPO法人家庭的保育全国連絡協議会の鈴木でございます。

先ほどの御報告を聞いて1つだけ疑問に思ったことについてですが、A3の1枚の時系列の表を見せて頂いた範囲では保育士がその場で詰まったものを取ろうとしたのか、その点が書かれていないのでお聞きしたいと思います。

私も短大保育科を卒業しまして、保育の現場にいましたが、子どもが食べているお弁当の食べ物が詰まって顔が赤紫色になって、22年前のことですけれども、どうしようと思った経験があります。そのとき私が今この子の詰まった物を取らなければこの子の命はなくなると思って、それまで勉強してきたことを全てその場でやりました。子どもの両足首を持って宙づりにしてばんばんと背中をたたいて、それから自分の膝の上に乗せて背部叩打法をやったり、いろんな方法をしました。救急車も呼びましたけれども、待っている間に助からなくなってしまうは大変だと思って、とにかく取れるまでいろんな方法をしました。何十回やれとか、何をしろとか、そういうマニュアルはまだできていない時代でしたが、今この子の食べた物、詰まった物を私が取らなければ、この子の命はなくなるという一心でいろんなことをしました。そうしましたら、顔しか見ていなかったのですけれども、赤紫色の顔がみるみる普通の肌の色になって、ああ、取れたとそのとき思いました。

私の協議会では研修事業部を持っていますので、現場の保育士にこの話をしますと、「先生、それで何が出てきたのですか」と質問されるのですが、何が出てきたか全然わからないのです。子どもの顔色しか見ていなかったのです。子どもの肌が健康な色になったときに初めて、ああ、何か取れたのだなと思ってほっとしました。

私は、ここに書かれていないことの一つとして、まず現場の保育士が詰まった物を取るのだという使命感を養成校でしっかりと教えていってほしいと思いました。現場にいる保育士が諦めていたらそ

の子の命はなくなってしまうので、絶対に諦めない、最後まで諦めない、最後までこの子の命は私が守るのだということをしっかりと教えてほしいと思いました。

以上です。

○前田座長 もしよければ、近藤先生、検証委員会ではそのあたりの確認はいかがだったのでしょうか。何か情報があればお話しいただければと思います。

○近藤教授 検証委員会としましては、今の件に関して委員会独自では必ずしもできる状況にはなかったですね。資料1-2の中の資料2が碧南市がまとめた報告書（抜粋）ですが、資料1-2の中の資料3が、先ほど山中先生からいただいたとお話した参考意見です。

そこに当日の保育士がどういう行動をとったのかということについての一応の事実確認も参考として理解できる範囲で載っているかと思います。私どもとしては、碧南市の報告書の記載が事実である前提でとか、そういう形で御意見を伺うしかできなかつたということもございまして、客観的に私どもがその点について確認するという手だてはとれませんで、ただ、保育士の方は、ここで書かれている範囲内での、今御発言になったような口の中のものを取り出そうとかいう作業といいますか、そういう行為はされていたと理解しております。栗並様のほうが直接お話を聞かれていますので詳しいかと思えますので、すみません。

○栗並委員 今、近藤先生から紹介のあった資料1-2の中の資料3なのですけれども、この記載内容というのは、そもそも私が保育士たちに聞き取った内容をもとに書かれているものです。御質問は、実際その場にいた保育士が窒息解除のための措置をしたのかどうかということですね。少なくとも弱っていくのをぼっと見ているような、私が擁護するようなことを言うのも変なのですけれども、そういう人たちではなくて、窒息を解除するためのことはいろいろやっていったのだけれども、どんどん弱っていったというのが事実のようです。

といっても、さっき事実確認のA3の1枚の時系列の表をお見せしたのですけれども、現場には保育士が5人いたけれども、担当保育士は席を離れていた。でも、その間ほかに誰も息子を見ていなかったということで、みんなそこにて、みんなで見ているようだけれども、誰も見ていなかったという状態があったので、席を離れたという担当保育士も実はその人本人は詰ませたとは思っていなかったのです。最初、その人は詰ませたと思っていなかったのだけれども、ほかの人たちが詰ませたに違いないということで、さあ、背中をたたけというようなことが始まったのですが、事故当時、息子は大声で泣き続けていたという情報があるので、そうなるとやはり完全に詰まっていたわけではないし、本当に最初詰まっていたのかどうかも確認できないというのが実態かと思えます。

以上です。

○前田座長 どうもありがとうございました。

御質問ございますか。では、御質問はちょっと短目でよろしいですか。すみませんが、きょうは大事な次の議題もありますので、お二方お手を挙げられましたが、続けて御質問いただき、まとめてお答えいただいて、次の議事に進んでいきたいと思えます。

○宮下委員 静岡豊田幼稚園の宮下と申します。

先ほどの提言の中で、事故調査委員会あるいは第三者委員会の必要性ということがあがっていたと思えますが、現在のところ、どの程度の割合で事故調査委員会というものが立ち上げられているかとい

うことは把握されていますでしょうか。

○前田座長 事務局が答える質問ですね。事務局が調べますので、しばらくお待ちください。

○西尾委員 東京都の西尾です。

碧南市のこの第三者委員会報告書は非常に詳細にまとまっていて、内容的にも丁寧で感心しております。

1つ教えていただきたいのは、時間の関係もありますが、資料1-2の報告書の2ページ、3ページに第1回から第7回まで7カ月のプロセスがいろいろ書いてあります。いろいろ検証の過程で御苦労なさっているところがあると思うのですが、漠然とした質問で恐縮なのですが、一番御苦労なさったところ、検証をやるに当たって壁に感じたところというのはどういったところがあるのでしょうか。例えば現場からなかなか事実が上がってこないとか、簡潔なもので結構です。

○近藤教授 プロセスで新聞記者あるいは報道関係者の方から受けた質問と同様の質問なのですが、最初にお話しいたしましたように、スタートした時点が事故後1年半経過してという、その時点でしか第三者委員会の検証もスタートできなかったということがございます。先ほどの栗並様の御発言にもかかわりますけれども、こんなことは本当におかしいと栗並様御自身も発言されていますが、なぜ事故に遭った当事者がやらなければいけないのかという御発言が先ほどもございましたが、私も全くそういうふうと思うのです。栗並様御夫妻が当事者として事実関係を明らかにするための取組みをされてきたというところに、ある意味では私どもが乗っかっているみたいな形で、事実関係についての詳細はそのところしか得られないという中でのスタートでしたので、そこが一番私どもとしては制約といいますか、壁に当たった問題というふうに指摘をさせていただきます。そういうこともありまして、第三者委員会報告書の提言にもありますように、できるだけ早い段階で責任ある検証の体制をとすることは、そういう経験からも出ていると御理解いただければと思います。

○前田座長 ありがとうございます。

それでは、事務局、先ほどの答え、わかりますか。

○朝川保育課長 先ほどの宮下委員からの御質問ですが、このこと自体が現状の課題だと思えますけれども、第三者委員会を設置して検証が行われている事例がどれぐらいあるかというのは現時点では把握できていないというのが現状でございます。

○前田座長 ありがとうございます。

それでは、皆様方いろいろ御質問もあると思うのですが、次の議題もありますので、次に移らせていただきます。2人の先生方、本当に御報告ありがとうございました。

それでは、続きまして、事務局より当面の課題について説明いただき、それについて皆様から御議論いただきたいと思えます。

なお、前回の委員会では皆様より、ヒヤリ・ハットの事例の取り扱いや災害共済給付制度との関係、訴訟との関係など、さまざまな御指摘をいただきました。これはいずれも非常に重要な点でございますけれども、本検討会は、まず重大事故の再発防止という点に焦点を当てて議論を進めまして、きょうも御報告をお聞きになりましたように、実際に重大事故が起こった際にどう報告するか、どう検証するかという制度ができておりません。まず何よりも、来年4月からの新しい子ども・子育て新制度のスタートを控えまして、それについてどのようにしていくかということを決めるのが私どもの使命

でございます。次回、11月の検討会には情報集約の範囲、方法、公表のあり方などについて一定の取りまとめを行う必要がございますので、きょう、事務局から今後の論点やきょうの議題を御説明いただきましてから、皆様方から御意見、御議論をいただきたいと思っております。どうぞよろしくいたします。

○朝川保育課長 保育課長です。

それでは、資料3、資料4について御説明させていただきます。

まず、資料3をごらんいただければと思います。前回この場で御議論いただきまして、いろんな重要な御指摘をいただきました。その中で、いろんな論点が多岐にわたっておりますので、議論していただきやすくなるような考え方の整理を試してみたいと思います。

まず、この検討会における検討の視点としましては何を狙っているかということですが、教育・保育施設等における重大事故の再発防止につなげていくためにいろんなことを考えていくということでございます。そのために、重大事故の集約の範囲、集約方法、公表、データベース化について議論をいただきたいということでございます。

その下に「現状の課題」と書いてございます。前回も御説明いたしましたように、現在でも保育所等における重大事故の報告制度は一応あるわけでございますが、必ずしも再発防止につながる形になっていないというのが現状の課題と認識しております。きょう御発表いただきましたケースにおいてもこの現状の報告制度が必ずしも十分でないということが具体的に共有できたのではないかと思います。

それらを踏まえまして、当面の検討課題としまして、来年4月に新制度が施行されますので、その施行に合わせて運用するものとして、再発防止に資する観点から、事故情報の集約の範囲、集約方法、公表のあり方、データベース化、こういったことをまず御議論いただければと思っております。

一番最初の事故報告の範囲、何を報告していただくかは非常に重要なところでございますが、その下に米印を付しておりますとおり、きょうの御発表にもございました事故直後の対応のあり方、報告がそもそも正確に行われる必要がございます。そのために、事故直後の対応のあり方が重要だという認識を共有できたと思っておりますけれども、そのこととも関連してくると思っております。

ただ一方で、事故直後の対応は、どういうふうになれば正確に記録がとれるかは非常に深く考えていく必要がありますので、この点については、矢印が延びておりますが、上記取りまとめ後の議論の中で、ガイドラインの検討と検証のあり方の議論、この2つをしていただく中でより具体的にしていいただければと思っております。ただ、この点は事故の報告の中身と関連いたしますので、全く切り離すことはできないと思っておりますけれども、一応そのように頭の整理をして議論を進めていけたらと思っております。

その上で、年内にまとめて、こういう議論が一定程度集約できた上でですけれども、来年に入りまして、下のところにあります2つの点、事故の発生防止のためのガイドラインの検討と検証のあり方について、より深い議論をいただければと思います。その議論の状況に応じまして、場合によってはこの報告制度の具体的な中身にもフィードバックされるようなことが出てくるかもしれませんし、さらには制度を施行した後にやはりこういうふうに直したほうが良いということが出てくるかもしれませんので、そういうフィードバックの過程は重要だと考えています。

もう1つ右下に書かせていただきましたけれども、ここに書かせていただいたこと以外に非常に重

要な論点があるということが第1回目も今回も共有できていると思います。例示としましては、ヒヤリ・ハットの扱いをどうしていくのかということ、あるいは災害共済給付制度のあり方をどうしていくのかということ、報告の仕組みと訴訟との関係をどう整理できるのか、こういう論点も非常に重要な論点としてございますが、やはりこの検討会は論点が多岐にわたりますので、まずは議論が拡散しないようにしていくという観点も重要でございますので、ここに書きましたようなことを中心にまず御議論いただければと思います。

次に、資料4「当面の検討課題について」でございます。これは、前回お出ししました資料に少し書き加えをさせていただいているものでございます。書き加えをしておる中で、例えば3ページ目の一番上に赤字で「主なご意見」と書かせていただいておりますが、以降に書かせていただいておりますのは、委員の皆様方は既におわかりになっていらっしゃると思いますけれども、事前に各論点につきまして委員の皆様方に意見照会をさせていただいた中で、たくさん御意見をいただいております。机上配付資料の一番下に机上配付資料4を置かせていただいておりますが、こちらが出していただいた生の意見を全体集約したものでございます。これらを踏まえて集約する形でこちらの資料には書かせていただいております。

その上で、一つ一つ見ていただきますと、2ページ目の「論点1 重大事故の情報の集約のあり方について」の「①集約の範囲について」、どういう施設、事業を対象範囲としていくかという論点についてでございますが、3ページ目の主な御意見のところ、たくさんいただいております。総じて一致しておりますは、現行で対象となっている施設・事業及び運営基準で対象となる施設・事業に加えて、就学前の子どもを預かる施設・事業も対象とすべきという御意見をいただいております。

次に、3ページ目の「ロ）報告の対象となる重大事故の範囲」でございます。現在は、死亡事故と治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等ということで対象範囲を決めております。この点についていただきました御意見でございますけれども、1つは、現行同様、死亡事故や治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等がよいという御意見をいただいております。もう1つは、もう少し広げて、医療機関に受診した事故まで報告をもらったほうがよい。もう1つは、意識不明の事故につきましては、治療に要する期間にかかわらず報告をもらったほうがよい。きょう御発表の中でもこういう御意見をいただきました。こちらが重大事故の範囲についてでございます。

次に、4ページ目でございますが、「ハ）報告の対象となる重大事故に関する情報の範囲」は、こういった項目を報告してもらおうか、肝になる部分でございます。前回、様式を見ながらこういったものを報告していただいているかというのを見ていただきましたけれども、1つは、検討の視点というところで書き加えさせていただいておりますように、現行の事故報告の仕組みでは報告は速やかに報告するよということをお願いしています。そうしますと、ここに書かせていただきましたが、重大事故が発生した際に、速やかに報告すべき事項と一定程度の状況を把握した時点で報告すべき情報、これらを分けて考えていく必要があるのではないか、そのことについてどう考えるかということ、さらに報告期限について目安を設定することについてどう考えるか、そういう論点があるのではないかということで書き加えさせていただいております。

主な御意見のところでございますが、1つ目に、事故予防・安全面等の研修の実施状況、事故の発生要因（どうして起きたのか、防げなかった因子等）も報告することとしてはどうか。

2つ目として、再発防止策を検証する観点から、要因分析を報告することとしてはどうか。

3つ目として、行政の指導監査の状況も報告することとしてはどうか。

4つ目として、各保育士が事故当日に発生状況を詳細に記録することを求めているかどうか。

5つ目として、事故発生時の状況図を報告することとしてはどうか。

6つ目として、職員の経験年数、正規・非正規の別、有資格者・無資格者の別も報告することとしてはどうか。

最後に、これは複数の委員からいただいた御意見ですが、当該事故に関し特徴的な事項として報告をもらう際、SHELシステム（ソフト面、ハード面、環境面、人的要素）の視点を入れて報告することとしてはどうか。このような御意見をいただいております。

次に、5ページ目、集約方法についてでございます。きょうの御発表の中でも市町村と都道府県の役割分担の話、主に検証の場面での御発表がございましたけれども、この事故報告をする際に誰を主体として、どこを経由して報告を集約するか、そういった論点でございます。

振り返っておきますと、認可保育所と認可外保育施設で今、取り扱いが異なっております。最初のところに書いてありますが、現行は、保育所で事故が発生した場合は、これは認可保育所ですけども、その場合は市町村に対し、認可外保育施設で事故が発生した場合は都道府県・指定都市・中核市に対して報告するように求めています。そこから国のほうに上がってくるという流れになっているわけですが、今後、新しい制度の実施を踏まえ、どういうふうにしていくかということでございます。

検討の視点に書き加えておりますのは、6ページ目の一番上のところ、これは再掲でございますが、先ほど申し上げましたように、速やかに報告すべき事項と一定程度情報を把握した時点での情報、そこを分ける必要があるのではないかとということ、あともう1つは、消費者安全法において重大事故等が発生した場合には直ちに消費者庁へ通知することになっているが、その通知ルートについてどう考えるか。少し違った視点の論点でございますけれども、こういったものも書き加えさせていただいております。

次に、6ページ目の「論点2」についてでございます。①は公表のあり方、②はデータベース化についての論点でございます。

7ページ目に、いただいた主な御意見を赤字で書かせていただいておりますが、1つ目としまして、事故の再発防止の観点から、報告を受けた事項のうち、個人情報や施設等の名称・所在地を除く情報について全て公表することが必要ではないか。

2つ目は、日本小児科学会の傷害速報のような事例の公表が必要ではないか。こちらについては、下に参考としまして、日本小児科学会傷害速報の例をつけさせていただいております。少し見づらくなっておりますが、このようなものでございます。

3つ目としましては、個別事例の公表については市町村において公表し、国では全体のまとめと事故防止のための分析結果を公表することとしてはどうか。

最後に、日本スポーツ振興センター等の事故情報データベースとの連携についてどう考えるか。このような御意見をいただいているところでございます。

以上でございます。

○前田座長 ありがとうございます。



ただいま事務局から論点1と論点2について御説明がございましたけれども、限られた時間ですので、どちらの論点も御意見がございましたら皆様方からいただきたいと思います。よろしくお願ひします。

事前に皆様方にはアンケートでもお答えいただいているわけですが、改めて補足なさいたいことや理由など御説明なさいたい場合はどうぞ御発言ください。

○山中委員 今回、皆さん方が思っていることとちょっと違うことを考えているのでお話しします。栗並さんによる詳細な聞き取り調査は、こんなことを遺族の方がするなんてとても考えられないことです。プール事故の第三者委員会の委員をやった経験から、当日何が起こったかということを経ら聞き取りしても全くわからないことが多いですね。特に時間がたてばわからないことが多いと思います。

例えば、小学校のプールで69人の子どもが泳いでいて、教員が4～5人もいて、子どもを水から引き上げたのだけれども、その時の頭の向きがどっちだったか1年たっていてみんなばらばらのことを言うのです。現場にいた当事者に話を聞いても全くわからないというのがかなり正確な表現だと思います。例えば自動車事故に遭った時、遭う直前からしばらくの間、記憶がないというのは、医学的に証明されています。

事故が起こったという事実は一つしかないわけです。例えばお子さんが食べていたとき、誰がどこにいたとか正確にはビデオみたいなのを撮るしかないだろうと私は思っています。水泳の場合、毎年何人か保育の場で溺れて亡くなったり、いろんな事故が起こっています。後から幾ら状況を再現しようと思っても無理なわけです。ビデオを設置して、その日、例えば60分間水遊びをして、何もなければ消してしまえばいいわけです。事故が起きたときには確実に一つの事実として記録が残っているわけです。危険度が高いプールあるいは食事の場、あるいは睡眠の場、そういうところのモニタリングが必要な時代ではないかと思ひます。そうすれば、起こったことに関してはいろいろな作業がクリアになるだろうと思ひています。そうでないと、幾ら検討しようと思ひても、実際に現場にいた人も無理だというのが私の感想です。

今では、街の中にもいろんなモニターが設置され、車にはドライブレコーダーが設置されている時代です。ずっと監視するのがいいことかどうかかわからないのですけれども、事実として記録するのであれば、モニタリングを義務づけるといいですか、そういうものの必要性をそろそろ認識してもいい時代ではないかと思ひています。

最近では学校の玄関に防犯カメラが必ず設置されているはずですが、細かい事実をお互いに記憶のないところで幾ら言い合っても結局のところ何もわからずじまいになってしまいます。少なくとも水泳の場は、溺れて亡くなる危険性が高い保育活動の一つですので、そういう場では必ずビデオを撮っておけば、別に検証しなくても時間経過できちっとわかるわけですから、より確実に対策が立てやすいと思ひます。

現場の事実を知るのがとても大切なことは重々わかるのですけれども、現実には、結局わからないことだらけになってしまう。今後、いろいろな事故をきちっと検証して原因を確かめ、再発防止のためには、事実をきちっと記録することが必要ではないかと思ひています。一つの意見ですけれども、今回そういうお話が全然なかったものですから、そういうことも考えていいのではないかと思ひてい

ます。今や機器がありますので、人々の意識とか記憶だけに頼らずに、きちっと事実を事実として記録するシステムを考えてもいい時代ではないかと私は思っています。

○前田座長 ありがとうございます。どうぞ。

○栗並委員 今回、資料4の赤字で追記された部分についての意見です。

4ページ目の検討の視点の赤字で書かれたところ、重大事故が発生した際に、速やかに報告すべき情報と後から報告すべき情報を分けるかどうか、報告期限について目安を設定することについてどう考えるという点なのですが、私はこれに関しては賛成です。

私は、現状の事故報告書に出ているものを一度開示請求して見たことがあります。我が子の事故ではない別の事故に関して、意識不明が長く続いた末に亡くなったという事例がありまして、それに関して、1カ月近く意識不明が続いて、亡くなった翌日に報告書の日付がついて提出されています。何でそんなことになるかという、現状の事故報告様式が死亡もしくは30日以上の治療の期間を要するものとなっているので、言い方が悪いのですけれども、あたかも亡くなるのを待ってとか、30日以上入院したから報告みたいな形になっていることがあると思うのです。では、30日たった時点で報告しようとしても正確な事実というのはなかなか出てこないようなことがあると思うので、まずは一次報告として速やかに報告するという期限を定めて、その速やかというのも、例えば1週間とか3日とか、きちっと期限を定めて、それまでにまず第一次報告ができるだけの調査はしておくべきだと思うので、まずタイミングを分けるという必要はあると思うのです。

速やかに報告すべきことと一定程度把握した時点での報告に分けるということについては、我が子の事例に関しては、先ほど見ていただいた事故報告様式がまず出されて、それに関して事実と異なる点はあったわけなのですけれども、自治体の方に聞いたところ、第三者委員会の検証を経た後にまた事実を書いて出し直した、検証報告書は国に提出したということを知っている、第一報としては不正確ではあまりよくないのですけれども、第一次報告があつて、その後、新たにわかってきた事実があつたり、検証してきちんと再発防止策を立てた時点で国へ報告するという形にすれば、国において再発防止策も含めた形で収集して分析して、さらには周知という形ができると思うので、こういった形で段階を分けて報告すること、報告期限の目安を速やかにではなくて何日という形で設定することは必要だと考えます。

以上です。

○前田座長 ありがとうございます。どうぞ。

○田中信子委員 三鷹市の田中です。

論点1の重大事故の範囲というところです。死亡事故や治療に要する期間が30以上の負傷や疾病ということになりますと、骨折だとか、そういった事故も出てきてしまって、三鷹市の場合、骨折で報告することが今までも何件かあったと思います。骨折の事故と死亡事故や意識不明に陥った事故というのはちょっと質が違うのかなと考えますので、事故の内容によって、例えば死亡事故、意識不明の事故については調査委員会を立ち上げて詳細に調べていくけれども、骨折という負傷、けがの場合はこの報告書で間に合うのかなと考えます。

また、医療機関を受診した事故まで報告というのがあるのですけれども、三鷹市の場合、私もその担当なのですが、子ども育成課の中に保育園指導担当の職員が2名いまして、認証保育園や家庭的保

育室を巡回して訪問するというような役割も持っております。認可保育所、認証保育所はどこの施設も事故簿をつくるというのが定められていますので、巡回の際には事故簿を見せていただいて確認したり、保育室内の環境を確認したりというところで事故の防止に努めていたりというのもありますので、医療機関を受診した事故までには広げなくてもいいのかなと考えます。

○宮下委員 宮下です。

今の御意見に少し似ているところがございますけれども、30日以上という日にちは検討する余地があるのではないかと思います。その理由としては、やはり日数も大事ですけれども、けがの内容や質という部分が考える基準としては大事なのかなと思います。その辺も検討されたらいいのではないかと思います。

○前田座長 田中先生、どうぞ。

○田中哲郎委員 田中です。

どこまでの範囲を報告するかということは再発防止を考えるうえで大きな問題だと思います。死亡、重症の事例収集だけで本当に保育園の事故防止につながるのか心配です。なぜならば、被害の少なかった事故の中にも一つ間違えば大きな事故につながる可能性がありますので事故発生の要因を明らかにして、事故にならないように施設に周知することが必要です。大きな事故だけみて予防策を考えるのでは必ずしも十分ではないと思います。事故報告書のフォーマットを決めて電子的に報告してもらう方式を考えれば保育園等にとってもそれほど手間ではないと思います。

もう一つは、絶対報告しなくてはいけない事故の事例と任意で報告を求めるもの、2つに分けてもいいのかなと思います。必ず報告しなくてはいけないものと、今後の再発防止の資料とするために報告してもらうものがあってもよいのではと思います。先ほど委員の先生がお話しされたように園には事故発生の帳簿があるという話でしたので、帳簿と報告用紙の内容を同じにしておけば、それほど手間ではないのではないかと思います。

○前田座長 ありがとうございます。ほかにいかがですか。

○伊澤委員 伊澤でございます。

期間の部分については国の基準で良いとおもいます。期間というよりもその状況、どういう事故の場合には報告が必要というような、事故事例的な例示を出していただけると現場とすると非常にわかりやすいのではないかと、迷わなくてもいいのではないかと気がいたします。

また、医療機関を受診した事故について全て報告するという形になりますと、最近顔のひっかき、歯の打撲であるとか、通院を要する内容が非常に多くなってしまいます。そこまで報告という形になるのはどうかと思います。

ただ、ヒヤリ・ハットの防止、再発防止という意味においては、園内での健康管理委員会もしくは市までの報告というような、情報共有という意味でのヒヤリ・ハット防止に役立てる必要は絶対あると思いますので、それを報告しなくていいということではなく、一定の範囲までの中で取り上げるというところは置いておく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○前田座長 ありがとうございます。ほか、皆さん、せっかくですので、いかがですか。どうぞ。

○小原委員 小原です。

今の伊澤委員の意見に近いのですけれども、重大事故としては、必ずしも30日以上ということではなく、内容や質でという御意見には賛成です。ただ、本当に重大事故だけをピックアップしていくということよりは、医療機関を受診した事故というのは多岐にわたると思うので、小さな事故に関しては細かい報告は要らないけれども、やはり件数ぐらいは把握してほしいというのが保護者としての思いです。

この会議に参加するに当たって自分の自治体の担当の方にお伺いしたのですけれども、大きな事故だけでなく医療機関を受診したような事故に関しては行政のほうにも問い合わせが来るので、基本的には各園にそういうことが起きたときに一報だけはもらっているというお話でした。では、認可外のほうはどうなのですかと聞いたら、そちらのほうはしていないということでした。年間どのぐらい、どの園でどういった事故が起きているかは把握していただいて、例えばそれが骨折とか打撲とか種類がわかっていて、その中で、これはちょっと調査したほうが良いというような一定レベル以上のものを判断して、もう一度詳細な事故報告をしてくださいという段階的なものがあったらいいのではないかと思います。

○前田座長 どうぞ。

○栗並委員 私は三鷹市の委員の方の御意見に賛成です。私は検証を経た事例について報告したのですけれども、ただ、骨折も含めた全ての事象に関して検証までするというのは、件数にすると厚労省の事故報告によれば、死亡事例は14件ですけれども、骨折も含めると100件以上になるので、そこまで全ての自治体が検証というのは、必要はないとまでは言いませんけれども、煩雑になってしまうだけなので、そこまでのことはやるべきではないのではないかと思います。

それから、日数よりも内容で判断というのはもちろんあるのですけれども、内容で判断となったときに、恣意的にグレーな部分が出ないようにするべきというか、判断が分かれるような、自治体の判断でこれは報告しなくていいという判断をしてしまったものが実は重大な事例であったということがあってはならないと思うので、そこははっきりと示しておく必要があると思います。

後は、小さい事故というか、医療機関を受診したものを全てを報告させるかどうかという点なのですけれども、私の個人的な意見なのですが、正直言ってそれは自治体や現場レベルでできるものと言えるのかなと思います。今、国の仕組みとしてどういうものを構築していくかということ議論していくので、国の仕組みとして、医療機関を受診した事故全て報告を受け、それを集約していくとなると、かなり現実的には難しいというか、煩雑になってしまうと思うので、そこまでのことをここの検討会の場で議論する、この検討会で構築すべき仕組みとして提案する、提言するものではないのではないかと感じます。

○田中哲郎委員 重大事故だけを取り上げて検証しても、その周辺に潜む要因等が明らかにされないことがあります。重大事故の検証だけでは明らかにされることに限界があり、今後、他の同種の重大事故が防げない可能性があります。これを防ぐためには幅広く事例を収集して事故がどうして起きるのかということ明らかにして、その芽を摘まない限り大きな事故はある確率で必ず起きてしまうと思います。医療機関を受診した事例の報告だと件数が多くなりすぎるなら、再診を要した事故とか何か縛りをかけて減らすことも考えられます。これら事例を全て検証する必要はなく報告を集計して事故防止の対策を考える資料として大いに参考になると思います。重大事故だけ扱っても、そこから見

えるものだけでは十分でなく、保育園での事故は減らないのではないかと私は心配しております。○櫻井委員 今の田中先生のお話にある程度似ているところがあるのですけれども、利府町では「医療機関を受診した事故」という形で報告をいただいています。今後の未然対策という意味ではとても重要なものです。例えばこの事故報告を年に2回きちんと集計することで、事故が起きやすい年齢、時間、曜日といったものも集計されますので、検証するためのとてもいい分析資料になるのかと思います。

しかしながら、先ほどからお話があったように、これが国レベルで医療機関の部分をすべて報告すると、かなり莫大な件数となりますので、国では例えば30日とか、そういう区切りでいいと思います。しかし、せっかくこういう事故の未然防止、事故対策についての会議でもありますので、各自治体への意識づけというところまで落としていただいて、いろいろなマニュアルができればいいと思っております。ぜひその辺りも考えていただければと思います。

○山中委員 山中です。

医療機関を受診した事故の件ですけれども、これは前もお話ししたと思いますが、日本スポーツ振興センターでは医療費が5,000円以上かかった事例は20年以上ずっと統計がとられていますし、幼稚園も保育園も加入者の2.6%の発生率というデータが出ています。毎年、万の単位の件数が得られていますから、ここでとる必要はなく、そのデータを何らかの形でもraitたいところがもらえばよろしいと思います。

○前田座長 ありがとうございます。

○田中哲郎委員 日本スポーツ振興センターのデータは、件数も多く役割は重要です。ただ残念なことにどうして事故が起きたかということについてデータは発表されていません。件数だけですと何処で、何をしているときに事故が多いかはわかりますが、如何して事故が起こり、どのように防止するかについては十分でないように思います。もし日本スポーツ振興センターで事例を集めるのでしたら、内容を充実することを検討する必要があると思います。

また、日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度に加入していない、お金を払っていないところ、認可外保育施設は抜けてしまうことが危惧されます。それらの施設において重大事故が多く発生しており、また、発生するような要因があるのではと思います。もしセンターで集計するのなら、この点（要因分析などの項目を追加する）を改善しなければ、折角データを収集しても事故防止につながらないことも考えられます。

○大路学校健康教育課長 文科省の学校健康教育課長でございます。

スポーツ振興センターの災害共済給付の所管をしておりますし、学校における安全管理、安全教育について担当している者でございます。日本スポーツ振興センターのデータベースの活用などを図るべきということで、先ほどだけではなくて前回の会議でもそういった御指摘がございましたので、本日、参考資料として現状についてまとめた資料を配らせていただいております。

○長田参事官 資料番号がついております。参考資料という右肩に枠囲いがございます。

○大路学校健康教育課長 災害共済給付制度はどういうものか、どういう内容の報告をどういう経路で提出いただいているかということと、4ページは、全ての事故のうちの、いわゆる重大事故とお考えいただければと思いますけれども、8年間で4,594件の障害・死亡事例をデータベース化して公表し

ているということでございまして、その公表している内容の一部を例として出ささせていただいております。これで十分かどうかというところはありますけれども、重大事故についてこういう形で掲載しています。

それとあわせまして、5ページが一番下に書いておりますけれども、先ほど御指摘がありましたように、公表していないものについても件数を一応書いております。年間で約100万件を超える事故について報告を受けて、災害共済給付の対象にしているということでございます。

今お聞きしているいろいろ思っておりましたが、事故の情報というのは、2種類といいますか、単純に割り切れないところがあると思うのですけれども、個別の事例をしっかりと検証して再発防止のために生かしていくという形で報告をもらうべきものと、先ほどありましたようにヒヤリ・ハット、今後同じようなことが起きないようにどういった点に気をつけたらいいのか参考となるような情報を提供するような類いの情報が恐らくあって、それぞれ報告の求め方や情報の整理の仕方の取り扱いが違ってくる部分があるのかなと考えていたところでございます。

先ほど申し上げたように100万件のデータがございまして、それを一つ一つデータベースに掲載しておくだけで果たして事故防止のために参考になるのかというところがございまして。その活用のあり方というのは今後いろいろ御議論もいただきながら、せつかくあるデータを次の事故防止につなげていくという問題意識も私どももしっかり持っているつもりでございまして、先生方の御意見も伺いながら、対応については考えていきたいと思っております。

○前田座長 ありがとうございます。

本日の会議は4時まででございまして、まだ数分ございまして。何か最後にここで言いたいことがあるという御意見、御質問でも結構ですので、おありになれば、どうぞ。

○西尾委員 今の皆さんのお話を聞いていて3段階あるのかなと思っております。

再発防止に関しては、まず重大事例について検証すべき事例というのがあろうと、これは1件を丁寧にやっていく。死亡事故、それから先ほど栗並委員がおっしゃっていた意識不明のところ、そういった生死にかかわるレベルのものは検証でしっかりと捉えてやっていく。

もう一つ、重大事故、これが切り分けのところ意見が分かれていますけれども、骨折を除くような30日以上疾病、そういったものについては、検証は必要ないけれども、どうして起きたのか、防げなかった要因、資料4の4ページ一番下のところのSHELシステムはよくわからないのですけれども、この背景までしっかりと捉えて、それをデータベース化するということが現場に還元できるのかなと思います。検証までは一つ一ついかなければ、ある程度のデータベース化、背景の見えるようなデータベース化のレベルのものが必要なのかなと思います。

あともう一つは、もっと統計的な、もうちょっと広げて数をしっかりと捉えておいたほうがいい、これはヒヤリ・ハットになるのかわかりませんが、そういったものが必要なのかなということで、3層にわたってしっかりと捉えていくことが必要なのかなと思われました。

以上でございまして。

○前田座長 ありがとうございます。

委員の皆様にはさまざまな御意見をいただき、どうもありがとうございました。栗並委員は今後もこの検討会に出席でございまして、近藤先生には今回特別に名古屋からいらしていただきまし

た。もしよければ、先生のほから私どもに何か御教示いただける点でまだ言い足りない点があったとか、御感想などありましたら、いただけたらと思いますけれども、いかがでしょうか。

○近藤教授 それでは、2点発言させていただきます。

1点は、いただいた資料の「保育所及び認可外保育施設事故 報告様式」、このところで、大変難しいと思いますが、例えば「発生時の体制」という項目がございます。これにつきましても、例えば碧南市の場合でいいますと、ゼロ・1歳児というクラスで編成されている状況の中での事故ということがございますので、そのあたり、この項目でどういうふうに報告者の側が理解するかというところがあるかと思えます。

その下の「発生状況」というところは、事例、例規のほうで見ますとかなり詳しく書くようにはなっているのですが、発言もさせていただきましたように、保育場面の移行期みたいなところでリスクが高いというような状況があるものですから、そのあたりにつきましても、この書式をどうするか、様式をどうするかということも検討課題の一つと事務局の御説明で伺いましたので、私の立場からは、現行の規定につきまして、より事故の状況が確認できるように直していただくといえますか、修正していただくというところはあるのかなと思えました。

もう1点は、今の議論ともかかわるのですが、園レベルと市町村レベルと国のレベル、この3つのレベルでそれぞれ責任が、もちろん重なりますが、相対的に異なるといえますか、役割、責任が異なるかと思えますので、国への報告の範囲、そのあたりをどうするかというときに、保育の安全、保育事故の再発防止という観点で国の果たす役割は何なのかというところをこの検討会でも共有していただいて、その観点から範囲等々も定めていただくといえますか、明確にさせていただく。市町村は市町村で、実施主体ということもありますので、やはりその役割、果たすべき責任があると思えます。都道府県も入ってくるかと思えますが、報告という一つの行政の果たすべき責任ともかかわっての相互の連携、そのあたりも検討していただければと思えました。

以上です。

○前田座長 先生、どうもありがとうございました。

それでは、皆様方から本日いただきました御意見を改めて集約し、次回、当面の検討課題について一定の取りまとめができればと思っております。

事務局からも先ほど説明がありましたように、それが完成形というわけではございませんで、一応取りまとめますけれども、年明けからは、どうしたら検証できるか、再発防止に結びつくかという検討が始まります。そこからまたさらに、報告はこういう範囲にすればいいのではないかと、修正も後から入れることができますので、とにかく11月にはまず第一ステップとして取りまとめをしたいと思っております。

本日の検討会は以上としたいと思っておりますが、事務局から確認がございますので、お願いいたします。

○長田参事官 本日、発表いただきました栗並委員を初めといたしまして、大変活発な御議論をいただきまして、ありがとうございました。また、近藤先生にはわざわざお運びをいただきまして、貴重な御示唆等をいただきまして、大変ありがとうございました。

次回でございますが、改めて日程の御相談をさせていただいた上で御案内させていただきたいと思っておりますが、11月のどこかのタイミングでと思っております。

また、本日、栗並委員から御提出をいただいた資料のうち、資料一覧ということで、特に机上配付資料1、2、3につきましては、個別事例にかかわる内容あるいは著作権等の関係もございますので、机上配付とさせていただきます。会議後回収させていただければと思いますので、席上に残していただければと思います。

また、机上配付資料4につきましては、先ほど保育課長も御紹介させていただきましたとおり、皆様方からいただいた個別の生の御意見ということで、委員の皆様との間では共有させていただくということでお持ち帰りいただいて結構でございます。こちらにつきましては机上のみということで、ホームページ等の資料としては共有しないという扱いとさせていただきますようお願いしております。

以上でございます。

○前田座長 本日は、どうもありがとうございました。