

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5回）

議事次第

日時 平成27年5月12日（金）13:30～16:10

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）「赤ちゃんの急死を考える会」からのヒアリングについて

（2）今後の検討課題について

（3）その他

3. 閉 会

【配付資料】

資料1 今後の検討スケジュール（案）

資料2 赤ちゃんの急死を考える会からの提供資料

資料2 - 1 保育施設における死亡事故の特徴と教訓

資料2 - 2 要望・提案書（保育・教育施設や事業における事故について）

資料3 今後の検討課題について

資料4 幼稚園に対する指導監督・学校事故対応に関する調査研究の状況について

資料5 中間取りまとめを受けて発出された事故の報告等に関する通知一覧

資料6 意見書【栗並委員】

【参考資料】

家庭的保育事業、小規模保育事業及び事業所内保育事業の管理下における児童の災害に対する独立行政法人日本スポーツ振興センターによる災害共済給付の実施について

前田座長 皆様、こんにちは。それでは、定刻となりましたので、第5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。

本日は、お忙しい中お集まりいただき、どうもありがとうございます。

本日の委員の御出欠等について、事務局より御報告をお願いいたします。

長田参事官 事務局でございます。

新年度になって初回の検討会となりますが、本日の御出欠につきましては全ての委員が御出席の予定でございます。ただ、宮下委員におかれましては若干おくれて見えられるというふうに伺っております。

なお、資料につきましては議事次第に記載のとおりでございますが、漏れなどございましたら事務局までお申しつけいただければと思います。

よろしくをお願いいたします。

前田座長 それでは、早速ではございますが、議事に入らせていただきます。

カメラの方々は、ここで退室をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

本日は、今後、検討会において検討していかなければならない4つの論点のうち、主に、事故の再発防止のための事後的な検証のあり方、事故の発生・再発防止のための指導監督のあり方を中心に検討していきたいと考えております。

また、これらの課題の検討の参考とするため、本日前半では、病院や保育施設で急死された赤ちゃんの原因究明などに向けて活動されております「赤ちゃんの急死を考える会」からヒアリングを行いたいと考えております。この今回のヒアリングの目的は、個別の事件や案件に関する責任関係を確定するということではございません。このような事故の検証や再発防止の指導監督に向けて、参考になるような建設的な御提案をいただければと考えておりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、まず「赤ちゃんの急死を考える会」からのヒアリングを行いたいと思います。同会からは、寺町様、阿部様にお越しいただいております。どうぞよろしくをお願いいたします。

なお、ヒアリングの途中ではプロジェクター上に画像を表示いたしますが、この画像につきましては、撮影は御遠慮いただきますようお願い申し上げます。

それでは、よろしくをお願いいたします。

寺町氏 最初に阿部さんから、阿部さんのケースから見えてくることについてお話をさせていただいて、その後、私のほうから、ほかの事件のケースの概要やそこから見えてくる再発防止策・検証のあり方についてお話をさせていただきたいと思います。

では、阿部さんお願いします。

阿部氏 「赤ちゃんの急死を考える会」の阿部と申します。よろしくをお願いいたします。

私の娘の事故について、きょうはお話をさせていただきます。

私は、さいたま市に住んでおります。さいたま市認定ナースリールームでの死亡事故に

ついてということで資料を配らせていただきましたので、そちらをごらんいただければと思います。

前田座長 机上配付1と書きました資料でございます。この資料につきましては会議終了後回収させていただきますので、よろしくお願いいたします。

阿部氏 まず、事故の概要からお話しします。

私の長女は、当時1歳7カ月でした。長女が平成23年2月10日、さいたま市が認定していますナーサリールームの中で午睡中に心肺停止しまして、16時ごろ保育士がお昼寝から起こしたところ、唇が真っ青な状態で、息もしていなかったということで救急車を呼びました。それで、救急隊が駆けつけた時点で既に顎には死後硬直がありました。その後、病院に運ばれましたが、病院で死亡が確認されました。

翌日、解剖されましたが、その結果、死因は不詳となっております。

その後の経過についてです。

事故当日におきましては、16時過ぎに消防から市のほうに保育室で救急の依頼があったということで連絡が入りまして、その日のうちに市の担当課の職員2名が園のほうに向かって事情を聞いております。

2月15日、16日、2日間にわたって、私たち夫婦で園のほうを訪れまして、職員から当日の状況の説明を受けております。

その後、17日からなのですが、職員を1人ずつ家に呼んで、直接1人ずつ聞き取りを行いました。この園の職員は全部で6名と副園長がおりましたが、その聞き取りの中で市への事故報告書ですとか、最初に私たちが受けた説明とは異なる内容ですとか、あと、副園長の指示による内容の口裏合わせがされていたということが明らかになってきました。

2月21日には、担当していた保育士が寝かしつけの方法に問題があったということで、聞き取りで明らかになりましたので、その寝かしつけの状況を園のほうで再現してもらい、ビデオ撮影をしております。

2月23日には、市役所を訪れまして担当課の職員と、どのような対応をしていたのか、その辺のお話をさせていただきました。

3月2日には、寝かしつけをした保育士、あとは副園長を浦和警察署へ刑事告訴をしております。

平成24年、命日の2月10日になりますが、さいたま市に事故原因調査、あとは再発防止についての申し入れを行い、この回答をいただきまして、これについては後で述べさせていただきます。

その次に、事故当日の状況なのですが、これは私たち夫婦が保育士たちから個別に聞き取りをした内容です。

当日の子供は、私の娘を含めて28人、園にありました。定員は34人です。

それで、いつも子供たちを3部屋に分けて寝かせていたのですが、その中で娘は一番広い部屋に、14人の子供たちで寝かされていました。その部屋は天井まである大きな

間仕切りがあるのですけれども、その4枚で食事の部屋と午睡の部屋に分けてあります。事故があった当日はその間仕切りが4枚とも閉められた状態で、午睡部屋と呼ばれていた部屋のほうは無人状態でした。

娘は、12時半ごろに一度お昼寝に入っています。それで13時半ごろ、一度起きて泣いていたために、担当した保育士がうつ伏せのまま頭の上にバスタオル、あとは子供用の毛布、綿布団をかぶせて、押さえる形で寝かしつけをしたということです。布団をかぶせた理由については、泣き声でほかの子が起きてしまうから、それを防ぐためという理由を私たちに述べています。

その寝かせた後に、顔半分と頭の上に布団をかぶせたまま、保育士は退室しています。その後の様子は、発見時まで見ていないということです。発見時もうつ伏せ寝で、毛布などが顔までかかっていたということです。これは、園から市への事故報告書では、最初に寝かしつけをしたとき、あおむけで寝かしつけたという記載がありました。その後、寝返りなどでうつ伏せになったのではないかとということで書いてありました。

午睡中の呼吸チェックはしていなかったということです。子供たちの顔色ですとか、そういう呼吸の状態も一切見ていないということです。

13時半以降、16時に発見されるまで、2人の保育士が2回、部屋の入り口から部屋全体を見ていますが、最初に私たちが受けた説明の中では、ほかの時間にも部屋を見たことになっていました。これも副園長が指示をして、見た回数が少なかったので、1回ふやそうということで、そういう話をしたということです。

それで16時ごろ、娘が起きてこないで保育士が起こしに行きますと、唇が真っ青な状態で、心肺停止をしていた。それで救急隊の出動記録を見ますと、既に顎に死後硬直が出ていたということでした。

事故原因調査についてです。平成24年2月10日にさいたま市に対して、第三者を加えて事故原因の調査をするように要望書を提出しました。これまでも何度か市の担当の職員の方とは面談を繰り返させていただいていたのですけれども、事故調査をする予定はないというお話でしたので、改めてきちんと要望書を出そうということになりました。

その回答なのですけれども、園からの事故報告書で事故については把握しているということで、原因調査については拒否されました。ただ、私たちが職員に個別に行った事情聴取の証言では、事故当日のことはもちろんなのですけれども、ふだんの保育内容、例えばふだんから子供たちをお昼寝させるときにはうつ伏せで寝かせてくださいという指示があったとか、あとは午睡中の子供たちの様子を全く見る事がなかった。そういうふだんの保育についての問題点もたくさんありました。そういったことがこういう大きな事故へつながっていったということは明らかかなことであると思います。

私たちへの証言で明らかになった保育の実態を改善させることが、同じような事故を防ぐことにもつながると思います。こういったことでも行政の責任で原因の調査をしていただくことは不可欠だなと思っております。

あと、この施設の職員は、先ほどもお話ししましたが、保育士は6名で、あとは実質の責任者である副園長の7名で園を運営しておりました。この少人数の職員の中で、事故後の対応の中で、口裏合わせがしやすかったということがあると思います。私たちが個別で聞き取りをしていた内容についても、逐一、園に戻って、こういう話を聞かれた、こういうことを答えたということを副園長に全て報告していたという証言が保育士からあります。そういった中で話を合わせやすかったということがあります。

ですので、こういった重大事故が起こった後はなるべく早い段階で、保育についての知識をしっかりとった方、乳幼児の安全管理について熟知している方が必ず一人一人、個別に早い段階で事情を聞くことが必要であると考えています。

もう一点、指導監督についてお話しします。この2月10日に出した要望書の中で、さいたま市に対して抜き打ち立入調査による再発防止を図るように記載しました。このさいたま市の認定ナースリールームというものは認可外保育施設ですので、認可外保育施設指導監督基準にあるような乳幼児突然死症候群の予防といった項目を守らなければいけないという義務があったかと思えますけれども、この乳幼児の命を守る上で重要であると思われる基準が現実にふだんの保育の中で守られているかどうかをチェックすることが必要だなと思っております。そこで、予告なしできちんと施設の状況を調べてほしいということをさいたま市に要望しました。

その後、さいたま市では国の指導事項よりも詳細な午睡時の指導事項を設けて、指導内容を強化することとしました。平成24年度から、通常の立入調査とは別に午睡時の立入調査を実施しています。これは乳幼児のお昼寝の時間帯に、施設のほうに事前の連絡なしで訪問して、午睡時の保育の状況、安全管理の状況などをチェックするものです。これは施設経営者を集める会議などで周知をしまして、抜き打ち立入調査をするという宣言によるアナウンス効果も狙っているということです。

主なチェック項目については、午睡時の職員配置状況、午睡時の環境の状況、部屋の明るさですとか、室温、整理の状況といったものですとか、午睡時の乳幼児の確認状況、あおむけにされているか、布団がかぶさっていないか、間隔は適切であるかとか、そういうことです。あとはチェック表の作成、午睡時の乳幼児の安全の確認ができているかどうかということです。これは今、さいたま市のほうでは担当課の職員と公立の園長先生を経験したことがある保育コーディネーターという方がいらっしゃるのですけれども、その方で今、実施しているということです。

この調査によって、保育室が実際に無人であったりですとか、呼吸のチェックリストに後の時間帯まで全てチェックが入っていたケースですとか、あとは1枚の布団に複数の子供を寝かせていたケースなど、実際に指導が必要であったケースも発見されたということで、事故防止につながっていると思っております。

最後に、遺族の一番の願いは、自分の子供に本当に何があったのかが知りたいということです。朝、元気に出ていった子供が突然、不自然に保育室の中で亡くなってしまふとい

うことが起こったのにもかかわらず、うちの娘のケースの件では死亡原因がわからないということで、行政も警察も最初は何も動いてくれないような状況でした。遺族みずからが事実を明らかにしないとなかったことにされてしまうというのは、当事者としては非常に苦しい思いです。子供が亡くなったときにどんな保育がされていたかとか、あとは子供に対してどんな対応をしていたかというのが実は死亡の原因につながることもあります。

遺族は、できればこういう刑事告訴であるとか、あとは民事裁判で争うとか、そういったことは避けたいと願っています。事故の背景までしっかり第三者が調べて、今後の保育の制度に生かして行ってほしい、事故をなくして行ってほしい。こういった遺族の願いを、ぜひこちらの検討会におきましても十分議論をしていただければありがたいと思います。

以上です。

寺町氏 弁護士の寺町東子と申します。15年ぐらい「赤ちゃんの急死を考える会」の遺族の皆さんと一緒に活動してきております。きょうは、その中でどういう事故があったかということをお紹介するとともに、そこから見えてくる、再発防止のガイドラインに何が必要かということと、検証体制をどうつくっていくべきかということについて意見を述べさせていただきます。

初めに、先ほど座長からも言及いただきましたが、きょうのプレゼンの中で実況見分調書の写真であるとか、あるいは刑事記録の証拠、それから、ビデオなどを映写しますけれども、この会議のメンバーの皆さんに実態を踏まえた議論をしていただくのが目的で映写しますので、写真を撮ったり、ビデオに撮ったり、ウェブに上げたりということをおこなしませんようお願い申し上げます。

では、中身に入っていきます。資料2-1をご覧ください。

(PP)

スライドの2枚目、きょうの話の目次になります。

(PP)

スライドの3枚目、早速ですが、ケースの1つ目について御説明します。

(PP)

2001年、平成13年3月15日15時50分ごろに起こった事故です。無人の保育室で、同じベビーベッドの中に、生後4カ月の男の子と生後8カ月の男の子が一緒に入れられていて、これは図をごらんいただきますと、折り重なるお子さんの下に真っすぐあおむけに寝ているのが亡くなった4カ月のお子さんで、上に乗っかっている子が8カ月のお子さんになります。こういう形で8か月のお子さんが4か月のお子さんに覆いかぶさって、鼻口部閉塞によって窒息死した事件です。

結論的には業務上過失致死罪で、社長が禁固1年、マネジャーが禁固10カ月、それぞれ執行猶予3年の有罪判決が確定しております。

当初、施設側の言い分としましては、こういう形で覆いかぶさって発見されたにもかかわらず乳幼児突然死症候群も十分考えられるというふうにおっしゃっていました。

(PP)

ここの施設には、事故対応マニュアルというものがあまして、この事故対応マニュアルの中にこういうことが書いてあります。

「マスコミへの返答の仕方。状況により判断しますと、病気による死亡だと推定され、恐らく乳幼児突然死症候群(SIDS)だと思います。よって、議事内容は慎重にお願いしますと、はっきりお答えください」というのがマニュアルの中に書いてあります。

前田座長 これは机上配付資料2です。

寺町氏 それで、この下のところにも、必ず上記の統一見解に基づいて回答してくださいということで、乳幼児突然死症候群だと言いなさいという指示が出ている。そういうマニュアルが各園に備えつけられていたという状況です。

(PP)

この背景としまして、ここの系列の施設は最大のときに66園やっていたようですが、1979年から1998年までの19年間に20件の死亡事故が起きていまして、うち19人が0歳児となっています。こういった乳児死亡のリピーター施設で先ほどの事故対応マニュアルが整備されているということです。

この点について、裁判所は、こういう覆いかぶされた状態で発見したにもかかわらず責任追及を避ける思惑から、この亡くなったお子さんの体調が不良であったとか、根拠薄弱な内容をあえて強調する報告を行政機関に行い、乳幼児突然死症候群が死因である可能性を殊さら示唆することをしたこともうかがわれて、対応に芳しくないところがある、という指摘がなされております。

(PP)

では、この園はこういう死亡事故が起こって、次の日にどうしたかといいますと、全園に宛てて本部からファクスで指令が行っております。読み上げます。

「御苦労さまです。乳児が多くて、同じベッドに2人入れる場合は同じ月齢の子同士にしてください。」ということで、翌日もやはり同じベッドに2人入れることを前提に、月齢を近くにしてください、という指示をしているというのがここの園の実態でした。

(PP)

この背景としまして、利益追求主義で徹底していたということがあります。増収三悪ということで園内に掲示されていたのですが、一番いけないのは入園拒否ですということです。あるいは経費目標数字ということで、労務管理費、端的に言えば人件費ですけれども、これを31%以内にしろとか、ここに挙げられている費目は、トータル合わせても42%足らずにしかないのですが、要は原価を42%以内に抑えて、あとは利益を上げますという体質の中で、この事件が起きてきたということです。この点については、判決においても指摘がなされております。

(PP)

続いてケース1の類似事例ということで、保育室を無人にしている間に子供の上に子供

が覆いかぶさって窒息死した事件をご紹介します。2011年4月に川口市の認可外保育施設において、ベビーラックに1歳5カ月のお子さんを寝かせて、そのベビーラックを押し入れの中に入れた。押し入れの中の平らなところには11カ月のお子さんを寝かせた。そして、押し入れのふすまを閉め切った。その状態で放置していたところ、11カ月のお子さんが目を覚まして、ベビーラックの上にはい上がって、ベビーラックの上で寝ていたお子さんが窒息死したという事件です。これについても刑事裁判が確定しております。

この裁判例の中で、午睡中の注意義務として裁判所は「そもそも保育所において乳幼児を午睡させるに当たっては、児童が寝返りを打ったり寝ぼけて起き上がったたりするなどした結果、他の児童に覆いかぶさるなどの事態が起こる可能性もあるから、児童全員の動静を保育従事者が常に把握し得る場所に寝かせるなどして児童の動静を常時観察し、その危険を防止すべきことは当然である」という指摘をしております。この「児童全員の動静を保育従事者が常に把握し」というのは、他の事案も含めて裁判所が保育施設に求めるスタンダードな注意義務です。

(PP)

続きまして、ケース2を御紹介します。これは香川県の認可外保育施設での死亡事故になります。

平成14年2月に、生後1歳2カ月の男の子さんが、認可外施設で頭部外傷によって死亡した事件です。当初、司法解剖医が乳幼児突然死症候群の疑いと死体検案書に書いたことで、一旦、捜査が打ち切りになっております。後に、司法解剖医は、顔面を初め体中に無数にある損傷は致命傷とは考えられないということと、脳浮腫があるけれども、ホルマリン固定後に検査するというのでこの診断名を書いたと述べています。

その後、遺族が刑事告訴をして、この事件は平成14年2月の事件なのですが、その前年平成13年の10月にも5歳児への長年にわたる虐待があったということが発覚しまして、それで捜査が動き出して、5歳児への傷害罪と1歳2カ月児への殺人罪で立件されたケースになります。

この事件をきっかけに、司法解剖の結果に、当初の死体検案書に「乳幼児突然死症候群の疑い」ではなくて「不詳」と書く方がふえていますけれども、不詳であっても乳幼児突然死症候群であっても、その背景にこういう虐待による殺人事件までもが含まれているということ。そのことは、この検討会の議論の前提として認識しておいていただければと思います。

先ほどのケース1の事件と、その前年に起こった大和市のスマイルマム事件という、これも刑事事件になっておりますけれども、これらの事件をきっかけにして、平成13年の児童福祉法改正で、認可外保育施設の届出制とか行政の指導監督権限の強化が行われました。その後起こった最初の事件がこのケース2の事件になります。

判決の中で、児童福祉法59条の法改正のきっかけとして、スマイルマムの事件やケース1で御紹介した事件があって、都道府県の指導監督権限が定められていますので、そのこ

とを前提に、児童の福祉が著しく害されるおそれがあるときは、積極的に行使することが期待されている、と判決は指摘しています。

また、判決は、厚生労働省の通知の位置づけについても述べておりまして、通則的な手順を一応は示すものの、とりわけ児童の生命や身体に対し危険が急迫しているような場面においては、都道府県知事は当該施設に対して事業停止または施設閉鎖を直ちに命じ得る権限を含め、児童福祉の確保のためにその権限を積極的に行使すべきである、と指摘をしています。

厚労省の運用に関しての通知について、ここに書かれた手順を踏んでからでないという権限行使できないわけではなくて、危険を感じたら直ちに権限行使をしていいのですということとを裁判所が言っているということです。

これらの認定をもとにして、香川県の調査及び指導監督権限の不行使に過失があるということで、国家賠償が命じられ、確定した事件です。

それから、ケース3について説明します。

(PP)

これは2010年に起こった事件ですけれども、生後1年と数日の女の子が昼食時間中にぐずり泣きをし出しました。それで、保育士が女の子を布団にうつ伏せに寝かせ、頭から足先までバスタオルと大人用のマイヤー毛布を四つ折りにしたもの、合わせて1.3kgをかぶせて寝かしつけをして、更に、背中に2本の重し、1.2kg分を乗せて、40分余り放置している間に女の子が窒息死した事件です。

(PP)

これは実況見分調書の写真ですけれども、昼食中にぐずり泣きした1歳児をこうやって布団にうつ伏せ寝に寝かせました。

(PP)

そして、その上にバスタオルをかけます。

(PP)

その上に大人用のマイヤー毛布、アクリル製のもこもこした毛布です。これを四つ折りにしたものをかぶせました。

(PP)

そして、横に添い寝をして、背中をとんとんして寝かせました。

(PP)

それで、頭のところに毛布のすき間をあけたとおっしゃっているのですが、そのすき間の幅が16cm、高さが8cmのすき間をあけておいたから、窒息なんかしないのだとおっしゃっていたのです。

(PP)

その上で、泣きやんだ後で背中に、1本600gの重しを2本乗せて、そして40分余り放置したということになります。

ここの施設自体が、午睡中の死亡事故がこの事件で3回目という死亡事故のリピーター施設なのですけれども、当初、今ご覧いただいた実況見分調書に出てくるような寝かしつけ状況がわからない状態のまま、死体検案書には「乳幼児突然死症候群の疑い」と記載されました。後に、司法解剖結果は「不詳」になるのですけれども、施設側は乳幼児突然死症候群をずっと民事の裁判の中でも主張し続けておりました。

それで、死亡事故の数日後に、やはりこのケースでも御両親が職員の方々に対して「個別に話を聞かせてもらえませんか」ということでお話を聞きまして、第1発見者の保育士が、発見時に顔が真下を向いていたこと、四つ折り毛布を頭からかぶせられて重しを乗せられていたことなどを証言してくれまして、これを受けて刑事告訴したところ、警察が捜査を始めたという経緯です。この保育士の告白がなかったら、やはり「乳幼児突然死症候群の疑い」ということで、事件性なしで終わっていた事件ということになります。

この事件では、事故の4カ月後に民事訴訟を提起しまして、5年かかって、今年の3月、ようやく窒息死という民事の一審判決が出ております。この件は、厚労省への報告書の中には死亡原因調査中と記載されています。こういうひどい寝かせ方をした中での死亡であっても、死因が「不詳」、「乳幼児突然死症候群の疑い」、あるいは「調査中」ということになると、保育行政は全く何も動かないという典型例だと思います。

それで、死因不詳の司法解剖から、一審判決で窒息死の認定をとるのに5年もかかっているわけですが、5年かかってでも死因を立証して、窒息を認定する判決が出なければ公に検討してすらもらえないのか？というのが、遺族の方たちの辛さだと思うのです。保育態様と死亡原因との間に因果関係があるかどうかという法的責任の話とは別に、やはり保育の実態としてどうであったのか、適切な保育がなされていたのか、同じことを繰り返していても事故は再発しないのかという観点で調査をして、法的な因果関係が明らかにならなくても、保育行政として、再発防止のための手立てを取っていただきたいという願いを象徴しているケースかと思います。

(PP)

それから、ケース3の類似の例ということで、こういった頭にも物をかぶせて寝かし付けるといった行為が特異な、レアな例なのかどうかということについて、実はそうではないということ、いくつかご紹介します。

先ほどの阿部さんのケースの報告も同じように頭に布団をかぶせられていたわけですが、ほかにも認可保育園での死亡事故で、やはり頭に毛布をかぶせていて死亡した事例がありました。そのケースでは保育士さんが状況を説明して、親御さんに泣いておわびをされたことで、親御さんは、ここまで反省してくれたということで理解をして、裁判をせずに終わっています。

また、最近、東京都内の公立の民間委託の認可保育所で、保護者が保育場面を見られるようにウェブカメラを設置してしまっていて、それを保護者の方が撮影した映像が入手できたので、その映像の一部を見ていただきたいと思います。

(動画)

左端のお子さんは既に寝ついています。この前の場面を見ますと、この黒い部分は顔の部分のすき間ではなくて、これはシーツのプリントの模様で、頭全体に毛布がかかっています。また、真ん中のお子さんはまだ寝たくない様子でもがいているのですけれども、うつ伏せに頭から毛布をかぶられて、とんとんされているという状態です。

この後、寝ついてから保育士さんがこの子のそばを離れて、20分ほど見に来られないのが映像で確認できます。

(動画)

先ほどのビデオで、一番右であおむけで寝かされてミルクを飲まされていたお子さんが、飲み終わって、うつ伏せにされて、寝かしつけをされています。

この右の先生は、頭に毛布をかぶせていないだけ、先ほどの方よりはましなのですが、このお子さんが動いて、起きようと時々もがくのですが、そうすると右手で押さえて、左手でとんとんするのです。だっこしてあやして寝かせるというのが保育書や育児書に書かれているスタンダードだと思うのですが、うつ伏せにしてこうやって押さえてとんとんすればいいという現場が、現に認可保育所でも存在しているということです。

この映像を見た保護者の方は、園にうつ伏せをさせないでほしいとお願いして、園から「わかりました」と言われたということなのですが、翌日もこの映像を見ましたら、顔にタオルをかぶせたり、うつ伏せにして頭から毛布をかぶせたりというのを続けているということで、区の保育担当課に御相談をしました。区からは、うつ伏せを禁止する決まりはないので、園に任せるしかないのですよと言われたということで、私どものほうに御相談があったケースです。

(動画)

(PP)

それから、ケース3類似の2例目ということで、うつ伏せ寝による重大事故という意味で御紹介します。

このケースは、2010年11月に生後5カ月のお子さんがファミリーサポートの一時預かりで、泣き出したところを寝かせるためにうつ伏せに置かれて、その後、心肺停止状態で発見されたケースです。搬送先の病院で心拍再開したのですけれども、脳死状態ということで3年後にお亡くなりになっています。

このケースは、保育者が事故当時50歳前ということで、1990年代前半に子育てをした方なのですが、うつ伏せ寝が危険であるという認識を持っておられなかったのです。それで、1回目の利用のときにお母さんが、「うちはうつ伏せ寝はさせていないのです」とお話をしたら、「うつ伏せ寝はいいのよ」と提供会員の方がおっしゃったということです。このケースは心肺停止の原因について係争中で、未確定なのですが、うつ伏せでの死亡事故がファミリーサポートや保育ママで最近、目につきますので、御紹介をさせていただきました。

このファミリーサポートや保育ママの制度というものは自治体によって運用実態がかなり違っておりました、保育士資格あるいは幼稚園教諭資格が必要という自治体もありますが、他方で子育て経験があればいいとして、少しの研修で認定している自治体も結構あります。

では、子育て経験といったときに、現在、50歳代以上の方を中心に、1980年代～1990年代前半はうつ伏せ寝にすると頭の形がよくなるとか、丈夫になるとか、何かそういう理屈が巷間で言われていた時期にあたります。そのため50歳代以上の方々の中には、いまだに自分の子育て経験に依拠して、うつ伏せ寝はいいものなのだ、と思ったままいらっしゃる方が少なからずおられるということです。

ですので、やはりファミリーサポートや保育ママなどで子育て経験者の方に保育に携わっていただくのであれば、そういう保育士資格のない方に対して、うつ伏せ寝と乳幼児突然死症候群との間には疫学的に関係があると言われていて、うつ伏せ寝にしないというのが主流になっていることを再教育していただく必要があるのではないかと思います。

ちなみに、この件も自治体に事故調査をお願いしたけれども、断られたために、やむなく事実解明のために裁判を起こしたケースになります。

(PP)

それから、ケース4は昨年7月に認可外保育施設で、宿泊保育中の生後9カ月のお子さんが脱水による熱中症で死亡したという事件です。

このケースは、やはり施設側は乳幼児突然死症候群と主張しております。

(PP)

これは、内部通報の方から送られてきた写真です。

(PP)

この写真を見ますと、奥のベビーベッドの下の段にお子さんが2人入れられています。当該施設では、保育者不足から預かっている園児をこの写真のようにマイヤー毛布でぐるぐる巻きにして、ひもで縛ったり、あるいはワイシャツでくるんで袖で縛ったりして緊縛している、などの情報提供とともに、予告無しで立ち入り調査をして、施設の状況を確認してほしい、という通報が本件事故の2カ月前、5月に自治体の保育課に対してなされています。ところが、自治体では、やはり予告調査だけということで、この状態は発見できなかったという状況の中で、本件死亡事故が起こっております。

(PP)

ケースの御紹介は以上です。きょう御紹介したケースは4つとも、発見時は睡眠中であった。その間に心肺停止をしていた。発見時には死因不詳と報告された事件です。

後からわかってきた保育実態を見ていただきますと、やはり前方視で見たときに、保育のやり方として、それは危険なのではないのか、というやり方をしていたケースが多々含まれています。そういう意味で死因が特定できなくても、危険な対応について教訓を導き出すことは十分できるケースだったのではないかと私は思っております。

これらのケースを踏まえて、再発防止という観点から意見を述べます。再発防止策の1つ目は、ルールの明確化と周知徹底をしていただきたいと願っております。

0、1歳児の睡眠中の死亡というものが毎年上がってくる事故報告でも割合として非常に多くなっております。0、1歳児の睡眠時のルールとして、ここに挙げた4点、1.うつ伏せ寝の原則禁止(医師の指示を除く)。2番目に、顔や頭に物をかぶせることの禁止。3つ目に、保育室を無人にすることの禁止。4つ目に、顔色や呼吸状態を5分ごとに確認すること。これらについて、ルールとして明確にしていきたいというのが私どもの希望です。

保育所保育指針の平成10年の改定の際には指針自体に入っていたのですが、平成20年の改定の際に幼稚園の指導要領と横並びにするプロセスの中で、うつ伏せ寝にしないということが保育指針から落ちてしまった。そのことについて、非常に残念に思っています。そこを何とか、やはりもう一回ルールの明確化ということで復活させていただきたいと思います。

それから、睡眠時のルールを周知徹底していただきたいということで、先ほど申し上げましたとおり、ファミリーサポートや家庭保育福祉員のうち、自らの子育て経験だけで、うつ伏せ寝の危険をご存知ない方の中らうつ伏せ寝事故が散見されてきておりますので、ぜひそこも含めて周知徹底をしていただきたいと思います。

また、保育現場でも、保育士養成機関では「うつ伏せ寝はやめましょう」と習ってきた若い保育士さんたちに対して、40代後半以上のベテランの保育士さんたちがご自分の経験として、うつ伏せ寝にすればすぐ寝るよみたいなことで教え込んでいるという実態が出てきております。そういう意味でも周知徹底をしていただきたいと思います。

(PP)

午睡室にこういううつ伏せにしないということで掲示をしている事例として、文京区の公立保育園の例をご紹介します。「乳幼児突然死症候群の防止のための遵守事項」ということで、「生きている確認と刺激をするために、呼吸を確認して、同時に体に触れましょう」とか、チェックの頻度について月齢と何歳ということで、5分ごととか10分ごととか15分ごとということで定めをしております。

それから、「必ず在室しましょう」とか、「うつ伏せ寝をやめましょう」とか、「顔に物がかからないようにしましょう」ということで0歳児の全部の園の部屋に掲示がなされているということです。

(PP)

重大事故の再発防止策の2番目として、密室であることを解消していただく必要があるのではないかと考えております。

子供が幼くて自分に何が起こったかということを確認できないのが保育施設・事業の特徴かと思っております。そういう意味で、密室性を解消するためにビデオの設置を義務づけるべきではないかと思っております。

いちいち説明しませんが、ここに高松市の保育園で実際にビデオを設置している園のことを御紹介しております。園長先生に効果はどうかと聞きましたら、子供がけがをしたときの確認に活用していますということで、そのときに保育士さんがどこに立っていたのか、ポジションに問題がなかったかとか、どういうふうにけがをしているのかとか、再発防止のところでもかなり役に立っていますというお話でした。

また、子供がけいれんを起こしたときなどに、どういうけいれんの仕方であったかということで保護者や医師に報告することにも役立っていますというお話を伺っております。

(PP)

重大事故の再発防止策の3番目に、指導監督体制についてですけれども、指導監督の一番の目的は、やはり子供の命を守ることなのだというところをぜひ再度確認していただきたいと思います。

事業者をいじめるためとか、そういうことでは全然ないので、誤解の無いようにしていただきたいと思います。他方で、良心的な事業者か、そうではない事業者かは外からは判らないのです。だけれども、子供の命を守るためには、いい事業者さんも悪い事業者さんもまざってしまいますが、指導監督には服していただきます。そういうスタンスが必要なのだと思います。いい意味で緊張感を持っていただくということですね。

抜き打ち調査の必要性について、先ほど阿部さんのさいたま市での取り組み状況を御説明いただきましたけれども、現在の厚労省の通知が、予告調査が原則で、例外が特別立入調査となっているのです。何か特別な事情がないと抜き打ち立入調査をしてはいけないかのように反対解釈をされている自治体の方が非常に多いので、そうではなくて、事故防止のために、いろいろな創意工夫をしてくださいということをお願いしたいと思っています。

ビデオを義務化した上で、抜き打ち調査のときに、本当に午睡チェックをしているかどうか、流し見していただければ、午睡室を無人にしないとか、呼吸と顔色のチェックをするということも徹底されていくのではないかと思います。

(PP)

これは、先ほどのさいたま市の例を資料に挙げておきました。

(PP)

あと2分ですね。

それから、検証のことについて少し意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、何があったか知りたいというのが遺族のすごく強い思いですということを先ほど阿部さんも仰っていました。やはり「乳幼児突然死症候群」と事業者が言えば、行政も警察も一斉に動かなくなるという状況の中で、乳幼児突然死症候群が隠れみよになっている、あるいは免責ストーリーとして事業者内でマニュアル化されている。そういう実態をまず前提にさせていただきたいと思うのです。

事業者から「乳幼児突然死症候群」という言葉が出てきた途端、行政も警察も思考停止

になり、何があったのかを知るためには、遺族が動き回らなければいけない、民事提訴であつたり刑事告訴であつたりをせざるを得ない、遺族としてはやむにやまれない状況になっているのであって、第三者による事故調査や検証をした結果が民事や刑事に利用されるという関係ではないという、その順番をぜひ理解してもらいたいと思うのです。この部分、よく「事故調査や検証をやると、刑事や民事に利用されるだけではないか」ということがいろいろな分野で言われているのですけれども、実態はそうではないということを理解していただきたいと思います。

(PP)

その上で、どういう調査が必要かということで、初動の体制がやはり一番大事であると思っています。

今、ご紹介したケースは4つとも全部そうなのですけれども、当初の段階で保護者の方が、事故当時、保育施設におられた方全員から事情聴取しているのです。そうすると、経営者と雇用されている保育士さんの立場の違いというところで、やはり良心的な保育士さんはいらっちゃって、そういう中から実態がだんだん明らかになってくるということがありますので、それを初期の段階で行政の方たちが一斉に調査をしていただくというのがポイントなのではないかなと思います。

(PP)

それから、事前に刑事事件との関係はどうかということをお質問いただいたのですが、目的が全然違うということをお理解していただきたいと思います。

保育行政による調査・検証というのは、保育中の重大事故の再発防止、保育の質の改善というのが目的でありまして、他方、刑事の捜査というものは、国家刑罰権を行使するか、しないかという目的なので、目的が全然違うのです。ですので、刑事の記録で後に出てきたものを見ましても、保育行政との関係で言いますと、そこを知りたいのに何で書いていないのか、というような判決や資料も多いです。そういう意味で、刑事の捜査機関とは別に、やはり保育行政としてきちんと調査をして、再発防止に生かしていただくことが必要ではないかと考えております。

(PP)

そして、最後に民事補償との関係ですけれども、遺族の皆さんは、赤ちゃんに扶養されていた親御さんではないので、お金が目的ではないのです。何があったか知りたい、という目的の手段として民事訴訟を起こしていますので、第三者機関による調査・検証が行われることで、ここはかなり解消されていくのではないかと考えております。

ただ、補償の必要性というところについては、私、第三者的に見てみますと、多くの遺族の方が、「どうしてあんな施設に預けてしまったのだろうか。私があそこの施設に預けたんだ」という自責の念や、不安、緊張、不眠、フラッシュバックなど、いろいろな症状に苦しんでおられます。そういうPTSDの症状に対して、治療効果があるというエビデンスのある治療については、現在、保険適用外で自費診療ということになります。そういう治

療を受けるために、どういう施設に預けていた方であっても何らかの補償が受けられるような制度であってほしいと思います。

この4月から、スポーツ振興センターの災害給付金の適用範囲が拡大されまして、本当にありがたいと思っているのですけれども、加えて、やはり私立の場合、八十何%しか加入していないという数字も出ていますので、加入を義務づけしていただきたいと思います。また、残る認可外保育施設に関しましては、交通事故のひき逃げや、加害者が無保険者の事故の場合に準じて、政府の保障制度というものを検討していただけないかと考えております。

時間をオーバーしてしまって申しわけありません。どうもありがとうございました。

前田座長 どうもありがとうございました。

それでは、委員の皆様からただいまの報告に関しまして御質問がございましたら、ぜひよろしくお願いいたします。

どうぞ。田中先生、お願いします。

田中哲郎委員

ご報告いただいた症例は大変痛ましく、ご家族の悲しみ、怒りをお察しします。保育の原点に立ち戻って安全で安心な質の高い保育をする必要があると強く感じました。

最初のケースで1つ心配なことは、机上配付資料の1のところで、「職員を1人ずつ家に呼んで聞き取りを行う」というふうに書いてあるのですけれども、このやり方が本当に良かったのかやや心配です。といいますのは、保育士さんに対する聞き取り調査にも人権が守られる必要があると思います。聞き取り調査にあたって人権を守るために第三者が立ち会うなどの対応をする必要があるのではないかと思います。保護者などが関係したと思われる保育士を一人ずつ家に呼んで聞き取りを行うことに少し違和感がありますので、今後、そういう点で配慮が必要だと思います。保育士さんが1人だけで家に呼ばれて聞かれ、何か言われますと、それらは大きなストレスで不安が強いことと思います。そういう意味で、もし話を聞くのなら、やはり人権に配慮するために中立的な立場の第三者の立あいの上で聞き取り調査を行うようにしないといけないと思います。片っ端から家に呼んで聞き取りを行うのがスタンダード(標準的)な方法であるとされると保育士さんには大きなストレスになるのではと思います。だからといって聞くなというわけではなく、そのルールを明確化すべきと考えます。調べる保護者の方にも権利があるのかもしれませんが、聞かれる保育士さんにも人権があります。この点を今後考えていかないといけないと思います。このケースはわかりませんが、呼びつけられてどうだったのかと強く言われて話した内容は真実かどうか疑わしく証拠になるのかについても疑問ですのでご検討ください。

繰り返しになりますが、今回の報告を聞き、信じられないようなひどい保育をしている施設が一部にみられることにショックを受けました。決められたルールを守り正しい保健等の知識と倫理観を持って子ども達のための保育をする必要があると思いました。

以上です。

前田座長 どうぞ。

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。

いろいろなケースをお聞きして、本当にこんなことが起こっているのだと、一つ一つが信じられないという思いで伺っておりました。私たち保育士は、子供の命を守りながら毎日全力をかけて保育をしておりますので、倫理面からしてもおかしいなというお話でございました。

その中で1つだけ、誤解がございますので、申し上げさせていただきます。

資料2 - 1の8ページの2番目ののところなのですが、先ほどからファミリーサポート事業や家庭保育福祉員など、子育て経験をした方たちの中に多いというお話でございましたが、私たち家庭的保育なのですけれども、3.11の東日本大震災では多くの命が失われ、家庭的保育が法定化されてからも睡眠中の死亡が増えていることから、保育者が安心して保育が出来なくなったので、独立行政法人福祉医療機構から助成金を得て、家庭的保育の安全ガイドラインをつくりました。これを皆様周知しまして、こういったものなのですけれども、必ず、もう二度と起こしてはいけないということで、6項目から成っております。この中で、睡眠中の5分間隔の呼吸確認の推奨というものを進めています。

ガイドラインを使って研修などをしますと、5分間隔はとても大変だとおっしゃる方がいるのですけれども、最終的には5分間隔で発見した方が蘇生率が高いと伺いましたとお話ししますと、5分間隔がいいのねということになりまして、大変だけれども、やっていこうと、今、5分間隔を推奨しています。

もう一つ、家庭的保育は、今は若い方が入ってきまして、保育士資格のある方が6割、7割になってきていると思います。特に地方で新しく制度をつくっている自治体は保育士資格を基本としているところが多くございますけれども、子育て経験をしている方の中にも優秀な方がいますので、そういった方たちに道を開くということで、四十時間の座学と四十八時間の保育実習、更に資格がない人は20日間の保育実習を認定研修とし、市町村長さんが保育士と同等以上の知識と技術があると認められた方については家庭的保育者として認定しております。

保育士資格があっても家庭的保育には保育所保育とは違う独自性がありますし、子育て経験だけではできない保育ですので、保育士も含めて就業前に基礎研修というものを課しています。20時間ですけれども、その中にうつ伏せ寝はいけませんとか、それから、睡眠中の健康観察をきちんとしましょうですとか、そういった厳しい研修を課しております。家庭的保育の保育者は子育て経験者だけではなくて、有資格者もたくさんおります。そして今は、現任研修にどちらの自治体も力を入れているのではないかと思います。

法定化した家庭的保育を正しく認識し理解していただくとともに、私ども協議会の現任研修でも新しい知識をきちんと得てくださいということで研修等に力を入れているところでございます。

以上です。

前田座長 どうぞ。

栗並委員 栗並です。

田中先生の意見を伺って、私も少し思うところがあったので、発言をいたします。

さいたま市のケースで、1人ずつ家に呼んで聞き取りを行ったということで、そういう場合に施設側の方の人権はどうなのかということで、本当におっしゃるとおりだと思いますが、さいたま市の阿部さんのほうからのプレゼンに関しては、1人ずつ呼んでといいですか、1人ずつ聞き取りを行ったことによって証言の食い違いとか口裏合わせが実はあったのだということが明らかになった。なので、家に呼んでということが大事なのではなくて、1人ずつ聞き取りをすることの重要性をおっしゃりたかったのかなと私は理解をしました。

ただ、そうはいいましても、やはり施設側の方の人権というものも本当に私も重視すべきであると思っています。前々から私、自分の事例に関しても言っていることなのですが、検証の体制をつくることによって保護者も、施設の組織もそこにいた職員も、それから行政も、事故があったということを見つめて、何があったのか。その上で何が悪かったのか。どう改善していったらいいのかということをしかり明らかにして、再発防止に結びつけていく。そういった仕組みをきちんと構築していくことが大事であるということで考えているのですけれども、そういう中で、本当に保護者と施設と行政と、3者とも、事故があったということは、もとはに戻らないのですけれども、立ち直っていくことができる。そういった仕組みをつくることが大事なのだということで、そういう方向にこの検討会で向かっていければいいのではないかなと思っています。

さいたま市のケースでも、自治体の方もその日には園に行ったのですが、結局、阿部さんが、保護者の方が、御本人が聞き取りをする中でいろいろな事実が明らかになってきたということは私と同じなのです。それで、やはり何で自分が聞き取りをしなければいけなかったのだろう。どうして行政は何もしないのだろうということを私はそのときにすごく感じていたので、そのあたりで遺族なり保護者なりが何かをしないと事実がわからないというのはおかしい。やはり行政がきちんと調査なり検証なりをしていくべきだということで、実際、阿部さんもいろいろ思っていることがあると思いますので、そのあたり、もし阿部さんから何かあれば伺えればと思います。

前田座長 どうぞ。

寺町氏 すみません。その前に1点だけ、阿部さんの名誉のために申し上げておきたいのですが、「呼びつけた」、密室だったのではないかということに関しては、第三者の方に立ち会っていただくとともに、録音をとり、強く言ったり、わあっと感情的にならないようにということについての担保をした上で聴取されたということと、今、栗並さんがおっしゃったように、検証体制がないからこそ、あるいは第三者が聞いてくれないからこそ、御本人がやらざるを得なかったということだけは御理解いただければと思います。

どうぞ。

阿部氏　そうです。今、寺町先生がおっしゃっていただいたとおりなのですが、まずはうちのケースで言えば、本来ならばといたしますか、本当は私たちが聞き取りを何でしなければいけないのだという思いではいたのですけれども、聞き取りをする際に、私たちが園のほうに出向いて一人一人にお話を伺えれば一番よかったと思うのですが、実際に施設が認可外保育施設で、保育室もほとんど、部屋もない状態で、保育中であると、やはりそういったことができない。それで、保育が終わった後ですと保育士たちが残らなければいけないという状況の中で、では、一番いい方法はどういうふうにしたらいいかということで、ちょっと申しわけないのですが、自宅に来ていただいてという方法をとらせていただきました。

その際には、市内で保育園に子供たちを通わせている保護者たちが集まっている団体があるのですけれども、そういったところでいろいろ保育に関してのトラブルの相談も受け付けていたので、その団体の方ですとかにも来ていただいて、きちんと第三者の方が立ち会った状態で一応、話は聞いております。

本当に栗並さんがおっしゃっていただいたとおりで、私たちがどうして子供を亡くした直後の状況でここまでやらなければいけないのかなというのを疑問に思いつつ、毎日聞き取りを行っていたのですけれども、行政の方なり第三者の方がきちんと最初からこういったことをしていただければ私たちが直接することはなかったと思うので、実際に私だけでなく、栗並さんとかそのほかのケースでも、保護者が本当に直接聞き取りをしなければ事実が出てこなかったという、その状況をぜひ改善していただきたいという意味で今回はこの説明をさせていただいたところです。

前田座長　ありがとうございました。

皆さん、せっかくの機会ですので、ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

小原委員　小原です。

私も保護者として、出てくるお話はどれも胸が痛い思いで聞いておりました。

最初にお伺いした事例で、もちろんお子さんが預けた先で亡くなってしまうということは大変ショックであったと思うのですけれども、伺ってしまして、さらにこれはショックであったろうなと思ったことは、さいたま市に事故原因の調査を要望したけれども、原因調査を拒否されたというお話がありまして、これが二重のショックに感じたのではないのかなというふうに私は聞いていて思いました。

こういったことがないように私たちがこれから考えていくのだと思うのですが、現状の仕組みの中ではこういった死亡事故が起きているにもかかわらず、こういった事故の調査を依頼したことに對して行政のほう拒否する権利というのでしょうか。どういう言葉がいいのかわからないのですけれども、そういったものも一定程度あるということなのか。現状の仕組みの中では、これが県であったら義務であったのかとか、私の頭の中でごちゃごちゃしてしまったので、そういったことを整理していただけるとありがたいなと思って

聞いておりました。

前田座長 では、朝川さんのほうからお願いします。

朝川保育課長 まず、法律上はそこまで具体的なことは規定していませんので、運用レベルの話になってくると思うのです。その運用レベルもはっきりとしたルールづけを、少なくともあまり厚生労働省もしてきていないということであると思います。

最近の事務連絡で、保育所において死亡事故等の重篤な事故が発生した場合は、保育の実施者である市町村において再発防止のための必要な検証が行われるよう、管内市町村への周知を図りたいという通知が出ているのですが、これぐらいですので、まさにそのルール化を図っていこうというのが今のこの検討会であるというふうに考えていただければと思います。

前田座長 どうぞ。

升田委員 当たり前のことなのですが、行政が何か活動をするには、日本は法治国家ですので、法律に基づく行政という、地方自治体で言えば条例になるわけで、それが明確に明文の規定がなければ基本的には何もしてはいけないということになっているのです。それで、おっしゃっている通知についての拘束力の問題も長い間議論されているわけで、必要性があるからといって直ちに第三者に対して何か行うということとはできないのが原則なのです。

それで、先ほど御紹介がありますいろいろな調査ということで、御本人の調査を含めて、先ほど御指摘の行政による調査、警察による捜査、それから、訴訟を起こされる場合に弁護士が調査をする。これは別に双方それぞれが独立といいますか、別個のものでありまして、それはそれぞれがお考えの中でそれぞれの権限と要件に照らして行えば済むというのが現状であると思うのです。

ですから、先ほど来、議論されている、どここの地方自治体が問題であるということ自体は、現在の法制度上はやはり無理があるわけです。仮に何か行政指導のようなもので行われた場合に、調査の対象になったところがそれを拒否して、何かのもっと深い行動が起こされていった場合には、これは国家賠償責任に基づいて損害賠償請求をされてもやむを得ないところはあるわけです。

そういった問題をどう調整されるかというのは今後の問題であると思いますが、しかし、この検討会だけではなくて、ほかのいろいろな問題、例えば製品事故など、あるいは取引事故なども含めまして同じような問題があるわけで、それは長年にわたっている議論はされてきていて、一部では、例えば警察当局と消防当局含めて事故原因の調査をする機関もありますので、そういうところが調整をしながらやっている場合もあるわけです。

ただ、基本的に先ほど、警察に任せたら自分が期待しているような、あるいは望んでいるような調査をしてくれない。それは当たり前のことで、捜査当局は捜査当局の目的の範囲内でそれは調査をしますし、そのほかのところはそのほかの意向に基づいてやるわけで

すから、それはやむを得ないわけで、それを今後どうするかというのは重要な課題の一つであると思います。

そのほか、この資料2 - 1の最後のほうに、事故発生防止のために何が必要かというのは、これはまた別途、専門家の方で御議論されれば良いと思うのですが、調査、それから、責任の問題というものは、ここに書いておられるようなことはそれぞれ重要な項目であると思います。私は、個人的には必ずしも意見が同じではないのですが、もっと項目を取り上げて、それぞれ1つずつの検討課題にされるというのは一つ重要であると思います。それは既に政府の、ほかのそういう似たような検討会でも行われてきていて、同じような議論をここでやっておられるというのが現状であると思います。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

お時間が差し迫っておりますが、どうぞ。

山中委員 山中です。

前回の会議はお休みしたのですが、それ以前から現場検証といいますが、何が起こったかを知りたいというのは皆さんおっしゃっているのですが、現実に現場検証をしようとしても、全くと言っていいほど情報がわからないことが多いのです。私も実はプールの事故の検証をしたのですが、全くわからない。ですから、そのためにビデオを設置することということを何度もお話ししたと思います。

きょうは寺町先生がビデオの映像を出してくださいましたが、やはりビデオ一つあればお互いにもめなくて済むわけです。事実は事実として1つしかないわけですから、そういう意味では、ビデオを撮ることは難しいとか、現場検証のときの写真は難しいではなくて、本当に現場の状況をきちんと知りたいならビデオを撮っておくしかない。しかも、そういうことは比較的、個人の自動車にもついている時代ですので、今さら非常に難しいことであるとは思いません。

実際に何が起こったかというのをやろうと思っても、全くと言っていいほど情報がないのです。保育士に聞いても、ちょっとよそを見ていればわからないわけですから、やはりたった一つの事実は映像しか残せないとは私は思っていますので、もう一度、きょうは実際に現場のビデオを見せていただきましたので、その必要性というものは認識していただきたいと思います。皆さん、何が起こったかを知りたいというふうに口では簡単におっしゃいますけれども、現実にそれをしようと思うと、まず何も資料がない状態では不可能であると私は思っています。

以上です。コメントです。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、皆さん御意見はございませんか。大丈夫ですか。

どうぞ。

伊澤委員 五反田保育園の伊澤でございます。

きょうお伺いして、重大事故の大半が認可外保育施設で発生しており、認可の立場からしますと、午睡時のあのような状況が認可では起きていないと信じております。自園では、そういうことはないわけでありませう。

そういう中で実際、さいたま市さんの事例では、先ほど他の委員の方も発言されておりますが、行政が直接的といいますか、積極的なかわりをされていないように感じます。法律的にいろいろな制限はあるにしても、さいたま市認定施設であったということ。また、制度が変わって、市町村が実施主体となっていく家庭的保育事業や小規模施設等、施設数がふえていく中で、市がかかわる責任がふえていきます。重大事故が発生したときに積極的に対応になっていないことの問題を改めて強く感じました。

また、施設側が実態を隠すといいますか、そのような事象が見受けられることは非常に残念なことであります。事故が起きてしまったことは非常に残念なことではあります、当事者職員が、施設長を中心として、起きたことを時間や経過を追っての報告がしっかりできるような形をとっていく必要があると改めて感じました。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

寺町氏 1点だけ。

今、伊澤先生から大半が認可外施設と言われたのですけれども、この検討会で既に認可施設についての事故は御報告があったということで、きょうは認可外の施設の事故を持ってきました。ですので、全ての認可外を批判する趣旨ではないということはぜひ御理解いただければと思います。

伊澤委員 わかりました。失礼いたしました。

前田座長 皆さん、よろしいですか。

それでは、阿部さん、寺町先生からの御意見をいただきました。「赤ちゃんの急死を考える会」の皆様、本日は本当にどうもありがとうございました。本日のヒアリング内容は大変、私どもの参考になりましたので、今後、どのように進めていき、事故検証と再発防止の仕組みに生かしていくかということを考えさせていただく材料とさせていただきたいと思ひます。本当にどうもありがとうございました。

また、本日は議事が大変長くなりますので、10分間の休憩を挟みまして再開いたします。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

再開は14時50分にいたしますので、よろしくお願ひいたします。

(休 憩)

前田座長 それでは、議事を再開させていただきます。

まず、事務局から、今後の検討スケジュールについて説明いただくとともに、本日の主

な検討課題でございます、事故の再発防止のための事後的な検証のあり方、事故の発生・再発防止のための指導監督のあり方などについて御説明をいただければと思います。その上で、委員の皆様の御意見をいただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

長田参事官 それでは、まず私からでございますが、資料の説明の前に3点ほど御報告をさせていただければと思います。

おかげさまで、この4月1日に子ども・子育て支援新制度を無事にスタートを切らせていただきました。まだいろいろ現場から聞こえている声の中にはいろいろな課題というものもあるとは認識しておりますけれども、今後その辺の実態なども丁寧にお聞き取りをしながら必要な対応を図っていければと思っております。何とかスタートを切れましたのは関係各位の御尽力のたまもでございますので、この場をかりまして御礼を申し上げます。

2点目でございますけれども、この子ども・子育て支援新制度のスタートと同時に、私ども内閣府に子ども・子育て本部という組織が設けられまして、この本部長を有村少子化担当大臣が兼任されるという体制でございます。この春から体制を強化させていただいております。私も子ども・子育て本部参事官として、引き続きその任に当たらせていただいているということでございます。

また、資料が飛んで恐縮でございますが、資料5に「中間取りまとめを受けて発出された事故の報告等に関する通知一覧」というものを整理させていただいております。

さきにお取りまとめをいただきました中間取りまとめにおきましては、放課後児童クラブ、ファミリーサポートセンター、子育て短期支援事業、いわゆるショートステイ事業。こういった事業については、教育・保育施設等に準ずる形で別途対応するという一方で、その対応状況について少し、大丈夫なのかというお声もいただいていたところでございますが、それぞれ2月の事故報告の通知に準ずる形で、年度内に同様な報告の仕組みというものを発出させていただいておりますので、その旨、御報告をさせていただきます。

本題でございますけれども、資料1の関係でございます。「検討スケジュール案」ということで、前回、3月6日の会議におきまして、残された4つの論点。事故発生防止ガイドライン、事故発生時対応マニュアル、再発防止の事後検証の関係、そして指導監督。この4つの論点を確認いただきますとともに、これをどういった順序で議論をすべきかということについても御意見を頂戴いたしました。

若干、意見の異なる部分はございましたけれども、報告の仕組みをつくった以上はその報告を受けての検証というものをまず考えていくのが筋ではないかという御意見が大勢であったというふうに認識しております。座長とも相談いたしまして、まずは事後検証の関係、そして指導監督の関係。こういったあたりを中心的に、優先的な議論の課題として本日御議論をいただければと思っております。

また、ガイドライン、マニュアルの関係につきましても、前回までの議論の整理を一定、

事務局でいたしておりますので、その到達点につきましてもあわせて、本日可能な範囲で御確認をいただければと思っております。

検討の具体的な案につきましては、保育課長より御説明申し上げます。

朝川保育課長 保育課長です。

それでは、資料3をごらんいただければと思います。

資料の見方ですけれども、1枚めくっていただきますと、例えば1ページ目に赤字で書いてあるところがありましたり、赤い四角囲みになっているところがございますが、赤い字のところは前回の議論を踏まえてつけ加えさせていただいている記述で、赤い四角囲みのところは今回、検討の方向ということで新しく記述をしているということでございます。

まず1ページ目、2ページ目は、きょうのメインテーマではございませんけれども、今までの議論の到達点ということで、ガイドライン関係についてでございます。

1ページ目の1つ目は、事故の発生予防のガイドラインについてです。

今までも既に記述されておりますように、上の青い箱四角のところは検討に向けての視点ということでこれまでも記述があったところで、真ん中よりちょっと下の黒い破線のところがこの検討会で出していただきました主な御意見を整理したところで、3つ目に赤字で書いてございますが、これは前回の御議論を踏まえて書き加えているところでございますが「ガイドラインには、心肺蘇生法も含めた応急手当方法や、0～2歳児の急病を見逃さないための健康チェックリストなどを掲載するべきではないか」というものです。

ちなみに、きょう委員の先生方の机上には、この健康チェックリストに関する参考資料として、白い資料で『日本小児救急医学会雑誌』をお配りいただいているということでございます。御参考にとということでございます。

もとの資料に戻りまして、ガイドラインについての【検討の方向(案)】として書かせていただいておりますのは「ガイドラインの作成に当たっては、本検討会において盛り込むべき骨子について議論の上、詳細については、別途、具体的な事例の調査・研究等を行い、作成してはどうか」ということで、これは前回も既にこういう旨の議論をさせていただいておりますが、次回以降で骨子をまず御議論いただいて、その後、もう少し詳しいものは調査・研究を経てということでございます。

2ページ目で「2. 事故発生時の対応マニュアル」でございます。こちらも、この検討会で事故発生直後にどういったことを対応したらいいのか。ここが重要であると議論をしていただいた。それを踏まえて項目立てをしているところでございます。

青い四角と破線黒四角のところはこれまでの記述どおりで、赤い箱四角で【検討の方向(案)】のところを記述してございます。

マニュアルの作成に当たっては、事故発生時の対応の他、関係者が事故発生後すぐに発生状況を詳細に記録することや、事故後の保育士等や保護者への対応について、行政・事業者双方の視点を盛り込むこととしてはどうか。

必要に応じて、事故の発生防止(予防)のためのガイドライン同様、調査・研究

等を行い、作成してはどうか。
ということでございます。

次に3ページ目で「3.事故の再発防止のための事後的な検証のあり方」についてです。
ここがきょうのメインテーマの一つでございます。

3ページ目のほうは、既にお出ししている資料で【検討の視点】を整理したところでございます。

4ページ目で、下のほうの〈主な御意見〉でございます。

〈主な御意見〉は、一応見ていただきますと、1つ目のポツで、事故発生について、実際に何が起こったかがわからない場合が多い。これは先ほどのヒアリングでもそういう御意見が出されておりましたが、さらに御意見もいただきましたが、ビデオによるモニタリングが必要ではないかというのが1つ目。

2つ目は、国・自治体・施設の役割分担について、国においては、事例の集約を行い、全国的な傾向を分析し、課題を明らかにする。都道府県においては、個別事例を総合的に検証し、再発防止策を検討する。市町村においては、検証作業に参加・協力することとすべき。これは主な御意見ですので、こういう意見があったということです。

3つ目は、児童虐待の検証制度と同様に、法令の整備をすべき。あわせて、重大事故の検証に関する役割分担や検証方法を示すガイドラインを策定すべき。

その次は、事故の検証委員会については、なるべく早期に置いて、外部委員により構成されるべき。

その次からが赤い文字で書き加えているところですが、行政における権限を踏まえて検証すべき。これは、役割分担のところは後ろのページに出てきます。

その次のポツは、事後的な検証の実施については専門的な知識を要するので、市町村が検証を実施する場合には、都道府県が積極的に支援する役割を担うべき。

下から4つ目は、事後的な検証を目的とした、行政の立入調査権限及び責務について、法令において明確に規定すべき。その際にあわせて、法令上の規定がある程度整備されている特定教育・保育施設、あるいは特定地域型保育事業以外の事業についても、行政に対する事故報告を法令で義務づけるべき。

下から3つ目は、死亡事故の検証については、施設種別にかかわらず、検証の実施主体を一本化したほうがわかりやすいのではないかと。

その次は、安全面ばかり考えると、子供の冒険心やチャレンジ精神を抑えることにならないよう配慮すべき。

一番下は、検証を実施するに当たって、警察関係の部局にあらかじめ協力を依頼する文書を交わす必要があるのではないかとということでございます。

次の5ページ目からが【検討の方向(案)】ということで、事務局で児童虐待の既に定着してきております事例で、これは通知を一度、この検討会でも御紹介申し上げましたけれども、それを参考に少し整理を試みたものでございます。

一番上の で「事故の再発防止のための検証については、児童虐待による死亡事例等の検証をベースに検討し、通知により運用することとしてはどうか」ということで、その下の青い破線のところを見ていただきますと、これが児童虐待の検証の事例でございますけれども、大きく分けて都道府県等における検証と、国における検証。この2段構成になっています。

都道府県等における検証のほうでは、1つ目のポツで、各都道府県等は、虐待対応の実施主体の立場から、行政は都道府県が原則の主体になっております。その立場から、現に発生した死亡事例等について、事例ごとに関係者からヒアリング、情報収集及び整理、現地調査等により検証を行い、結果を公表するとともに再発防止に努める。

その下のポツは、県に置かれている児童福祉審議会のもとに検証組織を設置する。

国における検証のほうは、大きく分けて2つのことが書いてありますが、都道府県等に対して、まず調査票による個別事例の調査を行って、傾向を分析して、報告書を作成する。それを自治体に周知するということが書いてございます。2行目の後半の「また」のところで、関係都道府県等において検証が実施された事例の中で、関係機関の関与があった一部の事例についてピックアップをして、専門委員会の委員によるヒアリングや現地調査等を実施して、分析した結果を公表する。こういうことを国における検証でやるということになっています。

具体論がその次からですが「A. 都道府県又は市町村における検証」。要するに、自治体において行う検証についてです。

(目的)については、虐待の事例を参考に記述しております。虐待のほうは括弧書きのところを書いてございますので、御参照しながら見ていただければと思いますが、のところですけども「検証は、教育・保育施設等における児童の死亡事故等について、事実の把握を行い、死亡した児童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こととしてはどうか」。

次に6ページ目で、検証を実施する実施主体についてでございます。

のところ「行政における権限を踏まえ、死亡事故等の検証の実施主体について引き続き検討」ということで、今、行政の権限の役割分担がどうなっているかを整理したものがその下の表でございます。

4つの施設・事業類型があります。一番上が、幼稚園・保育所・認定こども園の特定教育・保育施設。2つ目が地域型保育事業で、これが小規模の保育とか家庭的保育。下から2つ目がいろいろな子育て支援の事業で、地域子ども・子育て支援事業。この中にファミリーサポートセンターとか一時預かりとかが入っています。一番下が認可外の保育施設・事業です。

それぞれ市町村・都道府県の役割分担ですけども、一番上の特定教育・保育施設については、認可権限は都道府県にあります。この新制度では市町村にそれぞれの施設の給付を出す関係で、確認をする権限というものが付与されています。2つ目の地域型保育事

業については、認可権限も確認権限も市町村に統一されているということです。地域子ども・子育て支援事業については、市町村が事業の実施主体になるということになっていきます。実際は委託をしたり補助をしたりしながらやりますけれども、法律上の実施主体は市町村である。認可外の保育施設・事業については、市町村は法令上の関与がなくて、むしろ都道府県に指導監督権限があるという役割分担になっている。これらを踏まえて、この検証の実施主体についても検討していくということでございます。

7ページ目で（検証組織、検証委員の構成）についてでございます。

都道府県あるいは市町村における死亡事故等の検証に当たっては、外部の委員で構成する検証委員会を設置して行うことを求めているかどうか。また、検証委員会における検証に当たっては、必要に応じて関係者の参加を求めることとしてはどうかとしております。

真ん中のあたりで（検証の対象範囲）でございます。

事故の検証につきましては、1つ目のポツで、まず死亡事故については、都道府県あるいは市町村が全て実施する。のところで、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ってはどうかと、注書きも入れてございます。

2つ目のポツですが、死亡事故以外の事故につきましては、この類型になりますと結構件数が多くなってまいります。骨折とかいろいろなものが入ってまいりますけれども、都道府県・市町村において、重大事故として国への報告対象となる事例も考慮して必要と認められる場合に実施してはどうか。この中には、例えば事故発生直後には意識不明であるとか、そういう事例などが入ってこようかと思えます。

3つ目で、ヒヤリハット事例。こちらにおいては、施設・事業者において実施していただく。そういうように、少し色分けをしていったらどうかという提案でございます。

次に8ページ目で（会議の開催）についてです。

死亡事故については、きょうのヒアリングでも御意見をいただきましたが、事故発生後速やかに開催することとしてはどうか。また、その他の事故については、年間に複数例発生している地域等、随時開催することが困難な場合には、複数例をあわせて開催することができることとしてはどうか。

（検証方法）についてです。

都道府県又は市町村における検証委員会については、事故ごとに検証を行うこととしてはどうか。

検証については、事故発生の事実把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するものであり、関係者の処罰を目的とするものではないことを明確にすることとしてはどうか。

検証に係る調査等については、委員の意見を尊重して進めるとともに討議時間を十分確保して行うこととしてはどうか。

都道府県又は市町村における検証委員会は、関係者から事例に関する情報の提供を求めるとともに、ヒアリング等を行い、情報の収集及び整理を行うこととし、そ

の情報をもとに、関係機関ごとのヒアリング、現地調査その他の必要な調査を実施し、事実関係を明らかにするとともに発生原因の分析等を行うこととしてはどうか。

都道府県又は市町村における検証委員会は、調査結果に基づき、課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討することとしてはどうか。

プライバシー保護の観点から、委員会は非公開とすることができることとしてはどうか。

としてございます。

次に9ページ目ですけれども、下半分の（報告等）のところでございます。

検証組織は、検証結果とともに、再発防止のための提言をまとめ、また、提言に対する都道府県または市町村の取組状況の報告をもとに評価を行い、都道府県または市町村に報告することとしてはどうか。これは少し一緒にまとめて書いてしまっていますけれども、まず前段で検証組織が検証結果と再発防止のための提言をする。ここで一回、時系列的には切れて、この提言を都道府県等に返した後、都道府県等が行った取り組み状況を検証組織に報告。それをさらに評価して、そういうことが書いてあるものがございます。

次の2つ目の で、都道府県・市町村は、プライバシー保護に十分配慮した上で、検証組織の提言を公表することを原則とするとともに、提言を踏まえた措置の内容及び当該措置の実施状況について、検証組織に報告することとしてはどうか。最後の、検証組織に報告するというものが1個目の の後段に書いてある、報告を基に評価を行い、報告することとしてはどうかということでございます。

下から2つ目の ですけれども、都道府県・市町村は、検証組織の報告を踏まえ、必要に応じ、関係機関に対して指導を行うこととしてはどうか。

一番下の は、都道府県または市町村においては、検証結果について、国に報告することとしてはどうかとしております。

以上が、自治体における検証についてでございます。

次に、10ページ目の下半分のところにあります「B．国における検証」についてでございます。

1つ目の で、国は、前年あるいは前年度に都道府県・市町村において検証が行われた死亡事故等について、再発防止のために全国的な調査・傾向の分析等の検証を行うこととしてはどうか。

それで、この検証は、国に有識者で構成する検証のための会議を設けて行ってはどうかとしております。

なお、AとB、自治体における検証も国における検証も両方に共通する留意事項として、法令関係のことを少し書いてございます。

事故発生時における行政による調査・検証等について法令上の規定がなく、刑事責任等が関係する可能性がある場合に事故に関する事実調査が困難になる等、情報収集等に一定の制約が生じてしまうということがある。しかしながら、事故の再発防止のための検証に

については重要なことですので、一定の制約があることに留意しながらも、まずは実施していく必要があると書かせていただいております。

以上が3.の、事後的な検証のあり方についてです。

11ページ目からが、最後の「4.事故の発生・再発防止のための指導監督のあり方」についてでございます。

真ん中あたりに黒い破線のところがございます。主な御意見を整理したところです。

1つ目のポツは、新制度の導入に際し、多様な主体の参入が想定される中、自治体による施設・事業者等の指導監督体制の強化は不可欠と考えられる。

2つ目のポツで、既にあります児童福祉行政指導監査実施要綱について改める必要があるのではないか。

3つ目のポツで、睡眠中、食事中、水遊びなどの事故が繰り返されているような具体的な保育場面を想定して指導監督の内容を改善すべきではないか。

その次が、事故防止を含む質の向上のためには、市町村で日常的に指導していくことが重要であり、市町村が日常的な指導をするための指針を作成すべきではないか。

次が、市町村が施設・事業に指導する際に、重大事故発生時には特別指導監査を行うことや不適切な事案を把握した場合には予告なく速やかに立入調査を行うこととすべきではないか。

その次が、事故の発生・再発防止のための指導監督について、保育所だけでなく、特定教育・保育施設、地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業については、同様の取り扱いとすべきではないかという御意見をいただいております。

これらを踏まえて【検討の方向(案)】でございます。

1つ目の で、事故の発生・再発防止の観点から、指導監督体制の強化のため、児童福祉行政指導監査実施要綱を改正することとしてはどうか。ちなみに児童福祉行政指導監査実施要綱は、認可保育所がこの要綱の対象になってございますけれども、ここではそれ以外の施設類型・事業類型もありますので、これは代表として書かせていただいております。

2つ目の で、改正に当たっては、重大事故発生時に、都道府県・市町村による特別指導監査を実施することとしてはどうか。

3つ目の で、市町村は、事故の発生・再発防止に対する日常的な指導を充実することについて、事故発生防止のためのガイドラインを作成する中で推奨することとしてはどうか。これは、きょうの御発表の中ではさいたま市の例で、市町村のそういういい取組例が紹介されていたと思います。

一番下の で、現行において保育所のような指導監督の具体的な枠組みがない保育所以外の施設・事業につきましても、そもそも指導監督のあり方全般を検討する中で、事故の発生・再発防止のための指導監督のあり方も検討することとしてはどうかとさせていただきます。

なお、12ページ目には保育所が該当しております監査の実施要綱の通知の関係部分を抜

粹してございます。

ざっと見ていただきますと、太字で書いてあるところが特に関係するところで「5 指導監査の方式及び回数」の(1)のウのところでは、まず「児童福祉施設については、児童福祉法施行令第38条の規定により年1回以上の実地検査を行うこと」とされていまして、これが通常の一般指導監査ですけれども、(2)の太字のところですが「特別指導監査は、問題を有する実施機関及び児童福祉施設を対象に必要なに応じて特定の事項について実施すること」。

「8 指導監査の事前準備」のところの(1)でございますけれども「指導監査の実施に当たっては、その対象となる者に対し、その期日、指導監査職員の氏名その他必要な事項を特別な場合を除き事前に通知すること」。これは先ほども少し議論されておりましたが、裏読みをしますと、この特別な場合には事前に通知しないで監査をするということを想定して書かれているものでございます。

最後に13ページ目ですけれども、この監査での実施要綱の別紙として、より具体的な監査項目を整理してある部分がございます、その関係部分の抜粋をしております。

13ページは児童入所施設ですので、保育所が直接かわらないところで、14ページ目が保育所ですが、保育所について(1)～(4)、一般的な監査項目が書いてありまして、その下に、保育所や児童福祉施設共通の共通事項という中の(2)として「乳幼児突然死症候群の防止に努めるなど、事故防止対策を講じているか」という監査の着眼点が触れられているのが現状でございます。

説明は以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、お願いします。

淵上幼児教育課長 引き続き、文部科学省でございます。

資料4をごらんいただければと思います。幼稚園に関する指導監督、あるいは幼稚園を含めまして学校事故対応に関する調査研究の状況について御報告をさせていただきたいと思っております。まず、私のほうから幼稚園に関する指導監督、一般的な事項について御報告をした上で、学校健康教育課長から学校安全の観点で御報告をさせていただきます。

資料の1ページ目をごらんいただきますと、1～2ページ目に一般的な幼稚園の指導監督についての法令上の規定、あるいは指導監督権限についてまとめさせていただいております。

まず公立の幼稚園につきましては、それぞれの市区町村が自治体として施設を設置して管理している。こういう状況でございます。それで、この施設の設置廃止、つくったりやめたりという場合には都道府県教育委員会に届け出をする。こういう構造になっています。

公立幼稚園については、まず自治体、それぞれの市区町村が園を管理するという規定になっております。これは学校教育法、あるいは地方教育行政の組織及び運営に関する法律でこのような規定になっておりますので、設置者として日常的な指導・助言、あるいは必

要な命令ということは当然行うことができますし、また、何らかの重大事故が起きた場合には当然、その管理権限に基づいて報告を聴取したり調査をする。こういうことができるということになっているわけでございます。

また、都道府県の教育委員会も一定の場合に市町村の設置する市町村立幼稚園に介入することができることになっていまして、ここにごさいますような法令違反等の場合には学校を閉鎖する命令を出したり、あるいは法令違反の場合の変更命令。こういったものも出せることになっているということでございます。

続きまして、私立の幼稚園でございます。私立幼稚園は、施設の設置廃止についてそもそも都道府県知事の認可で、公立は届け出でございますけれども、都道府県知事が認可をするということになっております。

指導監督に関する法令上の権限については、先ほどの公立の場合と類似しておりますけれども、法令違反等の場合には知事が学校を閉鎖することを命ずることができることと学校教育法で規定されています。

また、都道府県知事による私立幼稚園に対する報告書の提出要求。これが私立学校法第6条。右側のページに私立学校法の抜粋がございますが、この第6条に「所轄庁は、私立学校に対して、教育の調査、統計その他に関し必要な報告書の提出を求めることができる」ということになっておりますので、仮に何か重大事故が起きたといった場合には、この規定に従って都道府県知事が各園に対して報告書の提出を要求することができる。こういう構造になっております。

また、この具体的な権限に加えまして、冒頭に申し上げました、都道府県知事は認可権限を持っておりますので、認可をする所轄庁として、一定の指導を行うことができるわけです。例えば事故の再発防止をきちんとするように促したり、あるいは域内の他の施設に注意喚起を行うといったことも一般的な指導という範囲で行うことができることになっております。

私からは以上でございます。

和田学校健康教育課長 続きまして「学校における学校安全の取組」、3ページをごらんいただければと思います。

幼稚園を含みます各学校では、学校保健安全法に基づきまして、学校安全に係る取り組みが実施されております。

この法におきましては、学校における児童・生徒の安全を確保する観点から、学校の設置者に対して施設・設備や管理運営体制の整備充実といった必要な措置を講じるよう努める旨の責務を定めております。

それとともに、ここに四角で囲ってございますけれども、3点を求めています。

1つ目が、学校安全計画の策定でございます。学校の施設・設備の安全点検、通学を含めた学校生活や日常生活における安全に関する指導、あるいは職員の研修。こういった事項につきまして計画を策定し、これを実施しなければならないというふうに定められてご

ざいます。

2つ目が、危険等発生時対処要領の作成でございます。これは学校の実情等に応じて、危険が発生した場合に学校の職員がとるべき措置の具体的内容でありますとか手順を定めた対処要領を作成するとともに、校長は対処要領の職員に対する周知でありますとか訓練の実施といった必要な措置を講ずるものというふうに定めております。

3つ目が、地域の関係機関等との連携でございます。学校は、児童・生徒の保護者との連携を図るのももちろんですけれども、地域の実情に応じまして、警察署その他の関係機関、地域の安全を確保するための活動を行う団体、あるいは地域の住民、その他関係者と連携を図るよう努めるというふうに定められてございます。

次の4ページ以降をごらんいただきますと、私どものほうでこういった学校安全の取り組みについて、平成25年度実績について調査を行いました。その結果、策定が義務づけられております、先ほどごらんいただきました学校安全計画ですとか危険等発生時対処要領が策定されていない学校が見受けられまして、特に私立の幼稚園においてその傾向が多かったということでございます。

私どもとしては、ことし3月31日付で通知文書をここにございますように発出いたしまして、学校安全に関するさらなる取り組みの推進をお願いするとともに、今後とも継続的にこの策定状況を把握していくということで、幼稚園を含む学校における安全確保に努めていきたいと考えてございます。

飛ばしまして、13ページをごらんいただきたいと思います。「学校事故対応に関する調査研究」で、まずこれについて御説明をいたします。

学校現場における重大事故・事件の防止に私どもは努めておりますけれども、残念ながら毎年、全国の学校現場において事故・事件が発生しておるという実態がございます。

このような背景がございますので、文部科学省といたしましては学校管理下で発生した事件・事故後の学校側の対応を強化する必要性から、平成26年度から学校事故対応に関する調査研究有識者会議を設置いたしまして、再発防止を含む事故後の対応のあり方について検討することといたしました。御出席いただいている山中委員におかれましては、この有識者の先生としても御出席いただいております。

平成26年度におきましては、これまで発生した学校管理下での事件・事故災害における、学校及び学校設置者の対応に関する実態調査を実施いたしまして、本年2月24日の有識者会議において調査結果を説明し、公表したところでございます。

今年度、平成27年度におきましてはこの調査結果を踏まえまして、引き続き開催される有識者会議におきまして検証委員会のあり方等の学校事故対応について議論をしていただき、今年度を目途に学校事故の再発防止を含む学校事故対応のあり方についての指針を取りまとめることとしております。

引き続きまして、実態調査についての概要を御説明いたします。昨年度実施いたしました実態調査で、14ページから載っております。

この調査は、国が大阪教育大学に委託して調査を実施したものでありまして、平成17年度から平成25年度に独立行政法人日本スポーツ振興センターが死亡見舞金及び障害見舞金の災害共済給付を行った事項832件を調査対象といたしまして、調査票を配付して、832件中558件の回答を得ております。

結果の概要ですけれども、この質問紙による調査では学校・設置者が行った対応について「とても思う」「少し思う」「あまり思わない」「全く思わない」の4段階で評価をしておりまして、この調査結果に示す数字は「とても思う」「少し思う」と回答した割合を記載してございます。

細かく見ていきますと、時間の関係もありますので、非常に特徴的な部分だけ御説明いたしますと、例えば15ページの「(2)事件・事故災害の発生直後から1週間の対応状況について」ということで【初動対応】という部分の最初の がございますけれども、事前に何かヒヤリハットを含む事件・事故の兆候があったという数字が18.3%ということで、2割弱ですけれども、事故において事前に兆候らしきものが観察されていたということに着目しておきたいと思えます。

2点目ですけれども、その次の です。初動の際、事件・事故災害発生直後に被害者の遺族・家族への対応が適切に行われた。この割合が98.0%と高い数字になってございますが、一方で飛んでいただきまして、17ページの上から2つ目の です。この枠の部分で、これは事件・事故災害の検証終了以降の対応状況ということで、全部終わった後の関係者の対応について聞いたところ、遺族・家族と当該の学校及び学校設置者との関係が良好な割合が91.5%ということで、事件・事故の対応が終わった後が91.5%という比較的高い数字で、良好な割合が保てているというふうにも見られますが、裏返しますと、残り8.5%はそうは思っていない。学校等の対応がまずかったのか、良好な関係ではおられなかったのは8.5%にも上るといふふうにも受けとめられるわけで、その点についても留意が必要かと思えます。

3点目ですが、ページを戻っていただきまして、16ページの真ん中あたりで【事故の検証】という枠がございます。事件・事故災害の原因究明のための検証委員会を設置した割合が19.4%にとどまっております。その検証結果で公開した事項は、その中でもさらに半数にとどまっております。一番下の で、53.4%とございます。

こういった状況がありますので、検証委員会の設置でありますとか、この数字を踏まえまして、現在、明確な基準が検証委員会の設置については存在しておりませんので、先ほど申し上げましたような、有識者会議の中で引き続き、検証委員会の適切なあり方等についても御議論いただくこととしております。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、これまでの説明に関しまして、委員の皆様から御意見や御質問がございましたら、どうぞよろしくお願ひいたします。

いかがでしょうか。

どうぞ。

栗並委員 栗並です。お願いします。

今回、資料3ということで「今後の検討課題について」ということで出していただいておりますが、この中で【検討の方向(案)】というところが赤い囲みでたくさん書かれています。そこに関して、私としては全体として賛成したいと思います。その上で特に申し上げておきたいことなどを少しお話ししたいと思います。

まず1ページ目で、ガイドラインの作成に関して、具体的な事例の調査・研究等を行うということに関しては賛成をします。

同じ観点で、2ページ目の「2.事故発生時の対応マニュアル」に関しても、必要に応じて調査・研究等を行い、作成するという案になっていまして、これもぜひ必要な専門知識を持った人に調査・研究等をしていただくのがいいと思いますので「必要に応じて」とありますが、ぜひとも調査・研究等をして、しっかりとしたものを作成していただきたいと思っております。

それから、これ以降、3ページ目からは検証のあり方、指導監督のあり方が示されていまして、そこについても賛成をしますのですけれども、もう一步踏み込んだ点を申したくて、今回は意見書を作成しておりますので、皆さん意見書を参照していただきながら聞いていただければと思います。前回、出席者の方があまり多くなかったということで、前回出している意見を改めてまた提案するという形で、重複する部分もありますが、御承知おきください。

前田座長 資料6のナンバーがついているものです。

栗並委員 お願いします。

1.から6.まで項目があるのですがすけれども、3.までが検証に係る部分で、4.以降が指導監督に係る部分です。

まず2.から行きますが、検証の主体として都道府県または市町村に係る部分と、国における検証に係る部分というものがあると思うのですが、まず「2.都道府県または市町村における検証について、つぎのように整理すべきではないか」ということで提案します。

資料3のページとしては6ページの表になるのですがすけれども、誰が検証の実施主体になるかという話で、ここは行政における権限を踏まえて、上の3つ、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業に関しては市町村が検証の実施主体となって、一番下の、認可を受けていない保育施設・事業に関しては指導監督権限に基づいて都道府県が検証を実施することとすることが私の意見です。

検証に関しては、外部委員で検証委員会を設置すること。それから、死亡事例に関しては全例を検証するのだということで提案がなされていますが、これも非常によい案であると思います。

市町村が検証を実施する場合もあると思うのですが、その際、専門的な知識や技術を要

しますので、都道府県が専門的見地から市町村を積極的に支援する役割を担うこととして、実際、具体的にどういった支援が必要なのか、どういった支援を都道府県がすべきなのかということ具体的な項目として通知に明記をするべきではないかと考えます。

それから、今回、児童虐待の検証に関する通知をベースに資料ができていますけれども、今回、このもととなった通知というものが前回の第4回の参考資料2ということで、きょうは黄色いファイルで皆さんの机上にはあると思うのですが、第4回の参考資料2が今回の提案のもとになっている、虐待による死亡事例等の検証についての通知です。

それで、今回の資料に載っているのは、その中の「第1 基本的な考え方」を転載するような形で記載されているのですが「第2 検証の進め方」というところでどういった形で検証をすべきなのかということが詳しく書かれていますので、またここについては次回以降になるとは思うのですが、もし児童虐待の事例検証の通知をベースに検討するという事になった場合には、この「第2 検証の進め方」というところもしっかり、この検討会での対象となる事項に関して通知に書いていく必要があると考えます。

それから、次に意見書の3.です。今回の資料3の10ページ目になりますが「B. 国における検証」ということで、国に有識者で構成する検証のための会議を設けることについては、私は大いに賛成します。

その会議では、再発防止のための全国的な調査・傾向の分析をしていくわけなのですが、将来的にはそういった分析の結果を踏まえて、検証に関するガイドラインを作成する必要があるのではないかと考えます。今回は行政が作成する通知で運用を開始しているかという提案なのですが、具体的に意見書が積み重なったところで専門家によって、行政の通知では書き切れないような観点も加えて、改めて検証のガイドラインというものを作成することが将来的には必要ではないかと考えます。

意見書の1.に戻りますが、事後的な検証に関して、まずは通知で速やかに運用を開始していくことには賛成しますが、先ほどのヒアリングの後の委員の皆さんの質疑の中で、升田先生のほうからお話があったのですが、通知を根拠にいろいろやっていくということではまだ不十分ではないかというお話がありましたので、やはり必要な部分については法改正を行うべきではないかと考えます。

具体的には3点示しておりますが、こういった点については法改正が必要であるということで、ぜひとも、この検討会の最終的な提言として、法改正の必要性というところまで言及していくのは必要ではないかと私は考えます。

意見書の4.です。これ以降は指導監督のあり方についてです。今回の資料では11ページ目ですが、児童福祉行政指導監査実施要綱を改正することとしてはどうかということで、これに関しては私は賛成します。その中で、特に明記すべきと考える点が2点ありますので、これを提案します。

重大事故の発生時には特別監査を行うことが1点目です。具体的な記載としては、きょうの資料3の12ページ目です。こちらの太字で書いてあって、下線が引いてある5の(2)

のところで「特別指導監査は、問題を有する実施機関及び児童福祉施設を対象に必要な応じて特定の事項について実施すること」とありますが、必要な応じて、ではなく、重大事故が発生したときは必ず行うべきなのだという記載に改めていく必要があると考えます。

それから、特に不適切な事案を把握した場合ですが、予告なく速やかに立入調査を行うことを基本とすべきと考えます。こちら12ページの8の(1)のところで「特別な場合を除き事前に通知すること」とありますので、特に不適切な事案を把握した場合は、予告なく速やかに入るということを基本原則としたほうがよいと考えます。

これは認可保育施設に対する指導監査の実施要綱なのですが、同様の趣旨で、認可外保育施設指導監督の指針についても改正を行うべきと考えます。

今、お話ししました4.は都道府県による指導監督のあり方についてなのですが、意見書を裏返していただいて、5.です。こちらは市町村による施設・事業の指導監督のあり方についての提案です。

現在、市町村による指導監督については具体的な方法を定めた国の指針がありません。今回、子ども・子育て支援法において、市町村に対して確認や認可の権限、それから、事業の実施主体としてしっかりと位置づけられましたので、こうした施設・事業に対する市町村による指導監督の指針についても策定するべきと考えます。

今回の資料3の中では、ここに関しては11ページの【検討の方向(案)】の3つ目のところで、市町村の指導の充実について、推奨することとしてはどうかということで、推奨するというのは非常にいいと思うのですが、その推奨していく中で実際、具体的にどういった形で指導をするのかを指針のような形で示すことができればベストなのではないかと考えます。

最後に6.ですが、こうした地方自治体における指導監督体制で、地方自治体というのは都道府県も市町村も含めてですけれども、そういった体制の強化を確実に実施していくためには、国において指導監督に当たる行政職員の人員配置基準を示し、あわせて必要な財政措置を図ることが必要ではないかと考えます。

5.にをつけて書いているのですけれども、市町村の対応として、現行、意識の高いところとそうでないところに対応に差があるのではないかなというのが私の実感としてありますので、市町村によって対応に差が出るのではなくて、人員配置基準という形で示せば確実に実施をしていく担保になるのではないかなと考えます。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

ほかに皆様、御意見はございませんでしょうか。

皆様、よろしいですか。

僭越ですけれども、私から委員の御意見をお伺いしたいと思うのですが、今、前半のヒアリングでも、また、今、栗並委員のほうからも、市町村と都道府県の指導監査の役割分担について御意見がございましたが、西尾委員いかがでしょうか。すみません、突然です

けれども、御意見を伺いたいと思います。

西尾委員 ありがとうございます。

東京都保育支援課長の西尾でございます。前は欠席をいたしまして、申しわけございません。

今回、いろいろ整理をしていただきました。それから、ヒアリングも聞かせていただきました。ありがとうございます。

都道府県と市町村の役割分担のところでございますけれども、基本的には今、私としては栗並委員が提案していただいた、権限に基づく役割分担論というものがやはり基本的なものになるのかなと考えております。

市町村においては、新制度において確認制度の中で運営基準を条例で設けて、日々の保育を把握していただいているということで、その距離感からして何か不測の事態が起こったとき、先ほど初動調査が非常に重要であるという話もありましたけれども、何か起こった際には速やかに行動を起こしていただけるといふところもあります。

それから、地域型保育についてはまさに認可も含めて全面的に持っていて、その一方で認可外保育施設、きょうヒアリングで取り上げられていましたけれども、これも保育内容をきょう拝見しまして、悩ましい状況がありますが、これについては権限を持っている都道府県ということで、私どもがやはり中心にやらせていただくということがいいのかなと考えております。

実は私、今、保育支援課長をやっておりますけれども、児童虐待の検証につきましては、前職が児童相談所を所管する家庭支援課長というものをやっております、そこで検証も実際にやっておりました。虐待対応の主体は都道府県ですので、そういった意味から検証を進めていった中では、やはり権限を持っている者が検証をやるということではやりやすい部分を感じておりましたので、そういったことから今回、栗並委員の示していただいた役割分担論が基本になるのかなと考えております。これが1つでございます。

それから、今、私は虐待の検証もやっていたという話に触れさせていただきましたけれども、この保育の検証については児童虐待の検証よりもポイントが絞られるのかなと考えております。それで、きょうのヒアリングの中でも、うつ伏せ寝ですとか、あと、何かをかけるということは避けたほうがいいのかというポイントが明確になっております。この検証は多分、いろいろな類似事例がありますけれども、ポイントはかなり集約されてくると思います。

一方、児童虐待は家族背景も非常に複雑であったり、子供の福祉にかかわるものは関係機関も非常に多岐にわたって、そこでいろいろな関係機関からヒアリングをしてということで、いろいろなバリエーションの中で私どもはやってまいりました。何が言いたいかわかると、保育はこういったポイントが絞りやすいという意味では、再発防止というのが目的ですから、ポイントを速やかに、これはマニュアルの作成につながりますけれども、各施設にフィードバックしていくことが肝要かなと思っております。そういった意味

では、この再発防止のところは速やかにポイントを絞ってフィードバック、そしてかなりの部分が防げるのではないかなという、感想も含めてですけれども、感じております。

ただ、もう一方で調査権限についてですが、これは先ほど触れていただいたとおり、行政としては調査をする。これは市町村、都道府県、どちらでもそうなのですけれども、はっきりとした根拠がなくして動くことはなかなか難しい面がございます。そういった意味からも、先ほど栗並委員からも法整備が必要ではないかという話も触れていただきましたが、その辺の整備が整えば調査がしやすいといいますが、調査ができる環境が整う。こういった意味からも体制のところは触れていただいたと感じております。

最後に1点だけ、先ほどのヒアリングの中にもありましたけれども、保育士による虐待の事例がありました。ここについては、これも当然重要なところであると思っております。悪意を持って子供を傷つけるような保育従事者、そして資格を持っている保育士がいたとすれば、これは何らかの措置が必要であると思っております。

それで、今の制度の中では欠格事由になりますと登録の取り消しというものがありますけれども、これが2年間に限られているところがございますので、これがこれから保育サービスが非常に重要になる中で、いろいろなケースが考えられる。そして、残念ながら保育士さんの不適切な行為があった場合には、この2年間で取り消しが解除されるという状況がどうなのか。もっとそこはしっかりとしたペナルティーの措置が必要なケースもあるのかなというところでは、ちょっと本題から外れるかもしれませんが、そこも重要な視点であると思っております。

すみません。長くなりましたが、以上でございます。

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。

検証の実施主体をどうするかというところで、今、市町村がという御意見を伺ったところなのですけれども、私は認可権限のあるところがやったほうがいいのではないかなと思います。例えば特定教育・保育施設とかで事故が起こった場合はもちろん、市のほうもかわりながら検証をしていくのですけれども、市のほうは施設とすごく近い存在であったりですとか、あと、指導監督のあり方についても、市の指導監督のあり方というところも検証というところも出てくるのかなというところでは、第三者的な立場と言ったら変なのですが、都道府県、認可権限のあるところがやったほうがいいのではないかなと考えます。

地域型保育事業につきましては、こちらのほうは市町村が認可をしているというところでは市町村がやっていくことになるのかなと思います。それで、地域子ども・子育て支援事業のところでは、事業の実施主体は市町村なのですけれども、施設については認可外施設として都道府県が管理しているところがありますので、そこをどういうふうに考えるかというところでは、事例によって都道府県と市町村が、どちらがするのかというところを考えていけばいいのかなと思っています。

認可を受けていない保育施設、認可外の施設については、都道府県で実施主体になるのがいいと考えます。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

伊澤委員 伊澤でございます。

今回出された資料3の部分で、事故発生防止という観点において、1ページ目の部分の中段、赤ラインの引いてある上に「ガイドラインには、心肺蘇生法も含めた応急手当方法や、0～2歳児の急病を見逃さないための健康チェックリストなどを掲載するべきではないか」ということで記載されております。主に重大事故が起こるべくして起きてしまったのか。防ぎ切れなかったことであつたのかという論点も入れておく必要が今後あると思います。

そういう中で、入所時の健康診断が児童福祉法の中にあり、入所時ということであるわけですが、市町村によっては入所前に健康診断を実施して、その後に入所面接をする。健康診断を持参して、施設への入所面接をするという市町村もございます。入所してから1週間もしくは1カ月の中で健康診断を実施することが現状、認可園では行われているわけですが、入所してから1週間もしくは1カ月以内にSIDSの発生要因も非常に高いという結果も出ているところを考えますと、入所する前にその子の見過ごされていた何か基礎疾患的なものがあつたのかどうかという部分での健診も必要なのではないかという気がいたしました。

あと、市町村側については、検証を市町村の部分でぜひしていただきたいと私は思っております。何回か前の委員会でも発言をさせていただきましたが、発生時いろいろなことに対応する(対マスコミや警察、対保護者や対職員)際のアドバイザ的な立場の方を市町村にぜひ置いていただき、施設があたふたしないよう、冷静な立場での助言をいただきながら、事の対処ができる体制が必要ではないかと考えます。

もう一点ですが、先ほど文科省の方から、幼稚園の指導監査についての御説明をいただきましたが、幼稚園での指導監査の実施は多分、3～4年に1回の現地監査もしくは書類監査であつたのではないかと思います。認可保育園では毎年1回の、現地もしくは書類監査があるわけですが、幼稚園での実施状況というものは実際にどうなのかをお聞きできたらと思います。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

では、文科省のほうから何かございますか。

淵上幼児教育課長 済みません。私立学校担当部局の担当になりますので、今、データを持ち合わせておりませんので、また後日御報告させていただきます。

前田座長 どうぞ。

櫻井委員 利府町の櫻井と申します。

前回お休みをさせていただいたのですけれども、いろいろ書類のほうを見せていただきまして、事故防止対応へのマニュアルの必要性とか体制づくりというものの必要性を前回いろいろ話し合わせたということを確認させていただいたところです。

また、きょうは検証の実施主体について役割分担ということで、ある程度のラインが出てきているわけなのですけれども、先ほど栗並さんがおっしゃったように、資料3の6ページに記載されている実施主体ということで、私もこれは賛成させていただきたいなと思っています。

しかし、きょうは冒頭からお話を聞いておりますと、市町村、自治体というふうな名称が随分出てきておりまして、かなり市町村の責任の重さというものがこれからすごく出てくるのだなということを改めて思ったところなのですけれども、まずこの実施主体のところでは1つだけ要望があります。

それは今回、日本スポーツ振興センターの災害共済給付が特定地域型保育事業に適用されるということが通知で送られてきておりまして、すごくよかったなと思っていたのですけれども、その反面、認可外についてはこれに該当していなかったということで、やはりいろいろな事故を見ますと、認可外の事故の高さというものがすごくあるので、できれば今後、前向きに認可外についても災害共済給付の対象に入れていただければすごくありがたいなと思っています。

それから、これからのマニュアルとか体制の問題なのですけれども、実は「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）の第32条に事故発生の防止及び発生時の対応というものが書かれていまして、その中に大きく3つ書いてあるのです。それは市町村の責任ではなく、各施設の責任ということで書かれていまして、1つは、事故発生防止のための指針を整備しなさい。2つ目は、何か事故が起きたときに改善できるような体制をつくりなさい。3つ目は、やはり職員の資質を上げるための研修をやりなさいということが大きく3つ載っているのです。

しかし、これを各施設にやってくれと言っても難しいと思うのです。やはり自治体としては、施設のほうに実施してもらうにしても、自治体そのものがこれをつくっていかなくてはいけないのではないかなと私は思っているところなのです。

それで、前回からもお話ししておりますけれども、私たちの町では危機管理マニュアルというものがもうでき上がっておりまして、今、いろいろ0～2歳のチェックリストの問題とか、いろいろな問題点があるのですが、うちのマニュアルの中にはこれが全部含まれているなということが確認できたかな。

それから、自治体、市町村の役割。事故が発生したときの市町村の役割というものもきちんと明記されているので、各施設に入れないとか権限がないとか、そういうことではなくて、このマニュアルの中に全てそれが網羅されているということも確認したところなので、これからの新しい制度に向けて、そういうところではもうできているかな。

それから、安全委員会というものがこのマニュアルの中にも明記されておりまして、各

保育所の主任がリスクマネジャーということで、例えば先ほどの子供たちの午睡のチェックであったり、それから健康チェックであったり、各保育所の保育士それぞれが確認したものを主任がリスクマネジャーということで総括してまとめることになっているのです。それを町が主催する会議の席で報告をする。何か問題点があれば、そこで検証したり、皆さんで話し合ったりという体制が、今、うちの町ではできている。

そういうことで、やはりこれから、先ほど栗並さんのほうからもありましたけれども、こういう体制ができている町とできていない町が多分あると思うので、国のほうにお願いしたいのは、ぜひともガイドラインを国のほうでつくっていただく。その中で各市町村、自治体ではマニュアルをつくったり、危機管理の体制づくりをやっていただく。そういうものを明記していただければいいのではないかなと思います。

それから、幾ら文面で書かれていても、通知で来ないと自治体は動かないのです。こういうふうにあったほうがいいですという通知だけでは全然動かないので、やはりその辺はきちんと明記していただいて、マニュアルをつくること。安全意識を高めるための研修を行うこと。体制づくりを、そういう委員会を設置すること。こういうものをぜひ明記していただきたいなと私は思っています。

それから、県のほうの指導監査の関係なのですが、多分それぞれ各県によって違うと思うのですが、私の地元の県では検証するところが2カ所あるのです。私立の保育所の場合については、県の事務方が見るようになっていまして、見どころがそれぞれ違っているのです。

県の事務局側で見る監査は、保育の内容を見るというよりは経営的なもので、民間の保育所には補助金が入ってきますので、そういう経営的なものを中心に見ております。しかし、福祉事務所関連で見る監査の内容については、公立についてはそういう補助金は一切入りませんので、保育を重視して見ているという部分があります。

ですので、2つを見たときに、やはり事故という部分、事故対応とかマニュアルのチェックとかそういう部分では、私が思うには福祉事務所がやっている監査のほうがすごく意識は高いのかなと思っています。こういうこともありまして、これからそういう県サイドでの体制づくりというものもぜひ検討していただきたいなと思います。

最後に1つなのですが、前回出席をしなかったということで大変申しわけなかったのですが、実際に特定教育・保育施設、今回の事故報告書の文書が流れてきておりますけれども、その事故報告書の事故があったときの報告先がかなり分かれていく。内閣府であったり、厚生労働省であったり、文部科学省であったりということで、3つに分かれて報告書が提出されるようになっていまして。

今回の新しい制度は、平成26年度までの認定こども園はそれぞれ管轄が違うということで、私たちの町にも認定こども園がありましたので、かなり複雑でした。やり方もとても大変でした。そういうところが平成27年度からは解消されるというふうにすごく期待をしていたところだったので、この事故報告書を1つ見ても3つの省庁に分かれる

ということで、とても残念だなと思っています。

できれば、これは今すぐできないと思いますが、今後の課題としてぜひ窓口を一本化していただく。行政といいますか、市町村は全部、今は窓口を一本化しております。末端がそういうふうになっておりますので、国、県のほうもそうなのですけれども、ぜひ一本化できるような、そういう報告の窓口もつくっていただければありがたいというふうに、こちらのほうは今後の要望ということでお話をさせていただきたいと思います。

以上でございます。

前田座長 鈴木さん、どうぞ。

鈴木委員 ありがとうございます。鈴木でございます。

先ほどのヒアリングも含めての意見ですが、SIDSは預け始め1週間に発生する率が高いということです。預け始め1週間というのは、まだ保護者との信頼関係もできていない中で、保育者も一生懸命やっている。子供も保育室という環境に慣れてない、保育士さんにも慣れていないという、非常に難しい時期でもあります。

その様な中でも、訴訟まで至らなかった例もあると思います。私が聞いたりしております中に、命日には訪問し、御家族との交流もある。そういったケースもございます。その理由として考えられることの一つに、保育内容がよいというところで保護者との信頼関係が築かれたのだと思います。

それから、先ほど西尾委員が、ポイントが整理されてきたとおっしゃっていました。水遊びのときと睡眠中と食事中というところが3歳未満児では多いのではないかと思います。食事中は、保育士の心得として、驚かせない、早食いさせない、せかさない、泣かせない。この4つをしっかりと守って援助しながら防いでいく。睡眠中は、先ほどのビデオにもありましたように、山中先生がおっしゃっていましたように、20分ぐらい保育者が離れていた時間がございましたが、あのようなことが無いように子どもたちだけで寝かさない。必ず保育者が見守りをすることで防ぐ。水遊びについても同じで、洗面器数cmの水でも赤ちゃんは溺死しますので、必ずそばに付いていなければいけない。保育者がある場を離れるときはときは声をかけ合って、かわりの者がその場に着いてから立つ。そのくらいの慎重さが必要ではないかと思います。

そういったことをもう一回、田中先生がおっしゃっていましたように、原点に立ち戻って基本のところをしっかりと守っていくことによって事故は減らせ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。

ほかに、まだ御発言のない方はいかがでしょうか。

どうぞ。

宮下委員 宮下でございます。

きょうのお話を伺って、やはりうつ伏せ寝にしましても、上に何かかけるということに

しましても、そういうことがいけないということを知っていれば防げる事故はたくさんあるように思います。そういう意味で、やはり保育者の研修というものが非常に大事なのではないかなと思っております。

今回、事故の発生防止のためのガイドラインを作成したり、対応のマニュアルをつくったりしますけれども、それが作成だけで終わるのではなくて、それぞれの施設の中で、一人一人の職員にそれが浸透していくという、そこが一番大事ではないかなと思います。

そういう意味で、指導監督の内容の中に、保育者がしっかりと研修を受けるということへの指導も入れていかななくてはいけないのではないかと考えております。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

升田委員 今回、システムの導入の描きとといいますか、そういう場面と、もう一つは具体的に運用する場面と、2つ分かれると思うのですが、システムをどうつくるかというのは、比較的自由におつくりになることはできると思うのですが、しかしそれにしても、それは具体的にどう運用されるかという現実的な可能性よりもっと高い、蓋然性を前提に考えないといけないと思うのです。

こんなことを申し上げるのもなんなのですけれども、先ほども御指摘がありました、全国津々浦々にわたって市町村に同じようなレベルの検証の行政が行き渡るかといいますと、到底そうは思えないわけです。なぜかと申しますと、こういう事故の検証、第三者委員会というものはもう既に国でもいろいろな機会で行われているのですけれども、それは常設のところ、しかも専門家が備わっているところで迅速に行われていて、なおかつ、それでも非常に難しい。さらに外部からの専門家の応援を仰いでやってようやく、誰もが納得できるかどうかはわかりませんが、一応の結果が出ているわけですけれども、そういうことが果たして、いつも事故が起こるとは限らない市町村において全国的にできるかどうかというのは、それ自体、非常に疑わしい気がします。

それから、システムの中身を拝見しますと、いろいろなことが書いてあるのですけれども、例えば主に資料3の8ページあたりに書いてあるのですが、処罰を目的としないという内容で何かにお書きになっても、誰も捜査当局はそんなことには関知しませんし、そのほか関係者、つまりお書きになった人以外は誰もそんなものは考慮しないわけです。ですから、これはあまり意味のないことだろうと思うのです。

それから、非常に委員会で自由闊達な議論をいただくということで非公開にするというのは、それはそれで別に構わないと思うのですけれども、問題は非公開にしても、情報公開法とか情報公開条例とか、または民事訴訟法だの刑事訴訟法だの、弁護士法もありますが、そういった法律に基づいているいろいろな手段が行行使できるわけですけれども、そういうことにはまさに何の障害にもならない。それは非常に高いわけで、ここでお書きになっていることが実際の運用で果たして現実的であるかどうかということ自体、検証されていない気がするわけでありませう。

ですから、そういう絵を描くことは非常に、こういう場ですから、いろいろ検討するのは重要かと思うのですけれども、それを具体的に実現する手段を踏まえての絵であるのか。あるいは単に理想形として議論するのか。そこは非常に重要なという気がいたします。

前田座長 ありがとうございます。

ほかにいかがですか。

山中先生、どうぞ。

山中委員 山中です。

1点だけ、この会議でほとんど話題になっていないことをお話ししたいと思います。

医学から見ますと、ともかく乳児、0歳児は、突然死の率は、ある一定の頻度で確実にあるのです。先ほどからSIDSというもので隠れみのにされているということで、やはり今の医学ではとても、どうしても解明できないものはSIDSと言うしかないものもあります。

最近、いろいろな死亡検証をしているのですけれども、やはり自宅でも突然亡くなるケースはあるのです。ただ、我々の医学の世界も少しずつは進歩しておりまして、例えばこの前、休んだときにSIDS学会に行ってきたのですけれども、最近では亡くなった後にDNAを取って、例えばQT延長症候群。突然、心臓がとまるような病気も死後にわかることがあります。これは全く前もって予測もできない。突然亡くなるわけですが、それが保育の場であれ家庭であれ、そういうことも最近わかってきました。

あるいはてんかんも突然死することがあるとか、ですから、突然死でわからないものが少しずつ医学の進歩によってわかってはいるのですけれども、やはり、ある一定の頻度でどうしても死因がわからないものは確実に存在するというのは、これは現実です。ですから、そういうものをなるべく排除しながら、それから、環境等をこういう現場検証等で確かめながらやっていくのですけれども、どうしても最終的には乳児の突然死というものはゼロにはできない。

今は、生まれてすぐに血液、有機酸代謝異常症と先天性代謝異常症のスクリーニングをすれば突然死する病気の一部分はわかるようになりました。これも全国的に今年度から行われていますから、少しずつは予防はできているのですけれども、なかなか医学も全て限界があるということです。やはり突然死はなかなかゼロにはできないということで、SIDSという病名は残念ながらしばらくの間はまだ残存するという、この医学の現実は一応認識していただければと思います。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

小原委員 手短に。

調査・検証の体制について、市町村がいいか、都道府県がいいかというところは、私は自分では判断がつかないのですけれども「赤ちゃんの急死を考える会」のほうでは都道府県が主体となったほうが良いというふうに提案されていました。その理由として、待機児

童解消のノルマを直接背負っている市区町村は権限行使が鈍る危険がありますというふう
に書いてあります。ここの面を考慮してといいますか、先ほどの原因究明に積極的でない
市町村があった場合にはどうするかや、もし保護者としてその原因の究明の仕方では不服
であるという場合の何か措置があったほうがいいのではないかなと思いました。

一方、都道府県が権限を持った場合に、県庁所在地のようなところであつたら割と身近
であると思うのですけれども、やはり県域で大分広いところもあると思いますので、事故
後の初動の体制が大事であるという中で、すぐ県が動いてくださるのかなというところで、
本当に現実的なのかなというのが直感的な意見です。そういったところの工夫も入れた上
で役割分担を考えていただければと思いました。

前田座長 すみません。小原さんが気になさっていたのですけれども、先ほどの「赤ち
ゃんの急死を考える会」の方の御意見としてはこの表記をしてありますが、あくまでも御
意見でして、それが事実かどうかは私どもとしては存じ上げません。

それで、今もいろいろな論点が出ていますが、検証するには専門性が必要ですが、一方
では事故直後に的確な情報を把握するには物理的に身近なほうがいいではないかという意
見があると思います。また今回、例えば利府町ではいろいろなマニュアルをそろえていら
っしゃるということですが、では、本当にそれに法的根拠があるのかどうかという
ことになりまして、危ないのではないかという専門家の升田先生の御意見もございますし、
本当にいろいろな意見が出ております。

ですので、この中で実際に理想形を書けますし、しかし、実際に運用するにはどうすれ
ばいいか。それから、認可権限と実際に情報を素早くとることと、専門的な検証の役割分
担をどうしていくかということですね。それから、きょうは山中先生から医学的に乳幼児
の突然死は現代社会では避け得ないという御意見もいただきました。きょうすぐここで結
論が出るということではなく、いただいた意見を参考に、実質的に本当に現場で生きる仕
組みの導入や、自治体である市町村や都道府県が検証していくためにはどうすればいいか。
そして、保育現場の質を上げていくための指導監査はどうあるべきかを幅広く検討してい
きたいと思います。

きょうは皆さんから、御意見をいただきました。ひとまずは保育課長のほうから今回の
提案、検討課題につきまして、マニュアルやガイドラインにつきましては調査研究などを
行いたいという御提案を出していただいているのですが、もし御異議がなければその方向
で一日も早く進めたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

前田座長 それでは、皆さん、お時間となりましたけれども、どうしてもこれは言うて
おきたいという御意見がございましたら。

よろしいでしょうか。

次回につきましては、本日いただきました御意見も踏まえまして、事故の再発防止のため
の事後的な検証のあり方、事故の発生・再発防止のための指導監督のあり方についてさ

らに御検討いただきますとともに、本日出されましたさまざまな視点・論点についても検討を進めてまいりたいと思います。

次回の日程につきましては、調整の上、事務局から御連絡させていただくことにいたしますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日は長時間、どうもありがとうございました。