

# 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6回）

平成27年7月13日（月）13時00分から15時00分まで  
於：中央合同庁舎第4号館4階共用第2特別会議室

## 議 事 次 第

### 1．開会

### 2．議事

（1）今後の検討課題について

（2）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 - 1 今後の検討課題について

資料2 - 2 事故発生防止（予防）のためのガイドラインの骨子（案）、事故発生時の対応マニュアルの骨子（案）

資料3 事故発生防止（予防）のためのガイドライン、事故発生時の対応マニュアルの作成に向けた調査研究について

資料4 「特定教育・保育施設等における事故情報データベース」の公表開始について

資料5 栗並委員提出資料

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6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、お暑い中、お忙しい中をお集まりいただき、どうもありがとうございます。

まず、会議の冒頭に、このたび6月3日付で長田参事官が厚生労働省に戻られ、新たに厚生労働省より竹林参事官がお見えになりました。

また、南企画官が文京区の教育長に就任され、7月8日付で楠目企画官が厚生労働省保育課に企画官として着任されました。

それでは、竹林参事官、続けて楠目企画官より一言御挨拶いただきたいと思います。どうぞよろしく申し上げます。

竹林参事官 ただいま御紹介いただきました竹林でございます。長田参事官の後任として、先月3日に着任をいたしました。

新制度が始まったばかりということで、支援を必要とする方々にとって、より一層使い勝手のいいものにできるよう微力を尽くしていきたいと思っております。また、その大前提として、安心してお子さんを預けられるということが本当に前提になってくると思っておりますので、この方面でも頑張っていきたいと思っております。よろしくごお願いいたします。

楠目企画官 7月8日付で南企画官の後任で厚生労働省の保育課に参りました楠目と申します。どうぞよろしくごお願いいたします。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、本日の委員の御出欠等について、事務局より報告をお願いいたします。

竹林参事官 委員の御出欠について御報告申します。

本日は、升田純委員が1時間ほどで早退の予定ということでございます。また、今のところ、山中委員、小原委員が少しおくれられておりますが、出席予定ということで伺っております。

資料につきましては、議事次第に記載のとおり、資料1～5までお配りしておりますので、漏れなどありましたら、事務局までお申しつけいただければと思います。

前田座長 それでは、議事に入らせていただきます。

カメラの方々、ここで御退室をお願いしたいと思います。

(報道関係者退室)

前田座長 本日は、前回の検討会で中心的に議論していただきました、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、前回の検討会での御意見を踏まえ、さらに検討を進めたいと考えております。

また、事故の発生防止、予防のためのガイドライン及び事故発生時の対応マニュアルの骨子などについても検討を進めてまいりたいと思っております。

まず、事務局から資料を御説明いただき、その上で委員の皆様の御意見を伺いたしたいと思います。

事務局から、よろしくごお願いいたします。

竹林参事官 事務局、内閣府の竹林でございます。

私からは、資料1、検討スケジュール案というものと、資料4、データベースに関する部分について、説明させていただきたいと思います。

まず資料1の検討スケジュール案でございます。

中間まとめをいただきました後の第4回以降のスケジュールについてお示ししております。

3月の第4回検討会におきましては、事故事例に関するヒアリングを行うとともに、残された4つの論点、すなわち事故発生防止のガイドライン、事故発生時の対応マニュアル、再発防止のための検証のあり方、そして、指導監督のあり方、この4点を御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すべきかについても御意見をいただきました。

また、5月に開催しました第5回におきましては、関係者のヒアリングを行うとともに、再発防止のための事後検証のあり方、指導監督のあり方を中心に御議論いただいたところでございます。

本日、第6回の検討会でございますけれども、今、申し上げました2つの論点について、さらに御議論、御検討いただくとともに、主として残りの2つ、事故発生防止ガイドライン、事故発生時の対応マニュアルについての御議論をいただきたいと存じます。

次回以降につきましては、一番下の 印にありますとおり、本年秋ごろを目途に各検討課題について取りまとめを予定しております、その取りまとめに向けた御議論を引き続きお願いしたいと考えております。また、子ども・子育て会議のほうにも適宜検討状況を報告することとしております。

資料1については以上でございます。

続きまして、資料4「『特定教育・保育施設等における事故情報データベース』の公表開始について」でございます。

この検討会におきまして、昨年11月に取りまとめいただきました中間まとめに従いまして、今年度から重大事故についての国への報告、報告のあった重大事故についてのデータベース化、ホームページでの公表について運用を開始しておりますところでございます。

ホームページでの公表につきましては、現在のところ、3カ月に一度という形にしておりまして、初回の公表を先月30日に行ったというところでございます。

報告の仕組みにつきましては、皆様御案内かと思っておりますけれども、次のページの上段に概要が説明されておまして、2つ目の にございますように、報告の対象となる施設・事業の範囲としましては、特定教育・保育施設、すなわち認定こども園、保育所と新制度に移行した幼稚園。特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業のうち、一時預かり、延長保育、病児保育、放課後児童クラブ、ファミリー・サポート・センター、ショートステイ・トワイライトステイの各事業。そして、認可外保育施設、認可外居宅訪問型保育事業となっております。

報告対象となる重大事故の範囲についてでございますけれども、その下の のところで

すが、死亡事故、治療に要する期間が30日以上を負傷・疾病を伴う重篤な事故など。これに意識不明の事故も含むということでございます。

同じページの下段に報告の系統が図示されておりますけれども、 、 というところに書いてございますように、第1報につきましては、原則事故発生当日、遅くとも翌日。第2報については、原則1カ月以内程度ということになっております。

データベースで公表される事項につきましては、第2報が来ているものをデータベースに公表することとしております。これは事故発生の要因分析などの事故の再発防止のための有用な情報というのは、原則として第2報以降に記載されているためにそのようにしております。

保護者の御了解を得られた情報だけを掲載することにしております。

また、プライバシーに配慮する観点から、個人情報あるいは施設などの名称、所在地など、事案の特定につながるような情報は掲載しないという取り扱いにしております。

初回に公表された事故情報は、机上に配付された資料に詳細はございます。今、座長が見せていただいているA3のものですけれども、施設の種別としては全て認可保育所となっております。事故の内訳としては、骨折などの外傷性のものが7件、離乳食をのどに詰まらせたことによる窒息が1件、このケースは一時意識不明になったのですけれども、その後、回復したという事案でございました。

今回、公表したのは8件ですけれども、6月30日時点で起きていた重大事故は8件だけだったかということではなくて、第1報は来ていますけれども、第2報が間に合っていなかったものもございまして、保護者の了解がまだ得られていないというものが8件のほかにも存在するという状況でございます。

資料の説明については以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

このデータベースなのですけれども、軽傷のものが入っていたり、随分報告の事故のレベルにも差があるなと思うのですが、朝川課長から何かデータベースで補足があればよろしく願います。

朝川保育課長 保育課長です。

基本的には、今、竹林参事官が御説明したとおりでございますが、今回、8件載っているもので骨折が多いのですけれども、基本的にこれ以外のものも含めていろいろなケースが上がってきている最中でございます。1つは、市町村から私どものほうに上げていただいたものは、基本は全て載せていくというスタンスで今やっておりますので、そういう意味では、もし、仮に軽いと思われるケースが出てきたとしても、それは公表の対象にしていこうというスタンスで整理しているのが1点でございます。

もう一つは、記載の内容を見ていただくと、これはホームページにも載っておりますが、真ん中の少し左側に事案の概要という欄がありますけれども、ケースによっては非常に簡単な記述にとどまっているものがあります。例えば3枚目の2ケースは非常に簡単なケー

スにとどまっております。これは先ほど竹林参事官も申し上げましたけれども、施設から市町村に出てきて、市町村から私どものところに来るわけです。その過程で保護者の方々に対して、こういう掲載の仕組みが始まったということで、匿名ではありますけれども、掲載されるということをお知らせし、どこまで載せていいのか、そういうこともある程度確認していただいた上で載せております。その関係で、保護者の方々から必ずしも具体的な記述を望まれない事案もございまして、事案の概要とか、非常に簡素な記述にとどまっているものもございまして。

これについては、基本、報告があったものは全てのケースを載せていこうということで今、考えていますので、中身は簡潔な記述になる場合がありますけれども、それでもケースとしては載せていこうというスタンスで整理をして現状に至っているというところがございます。

最後、これも竹林参事官からお話ししましたが、原則、第2報は1カ月後に出てくるのですけれども、その時点でデータベース化するに当たって、必ずしも表現ぶりがまだ整っていない、あるいは関係者の表現についての意見の調整が整っていないものもございまして。例えば6月30日時点でそういう状態にあるものは、次の回の公表に見送るということをやっておりますので、この8件のケースがこの時点での全てのケースかということ、そうではないという取り扱いになってございます。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、次に、林企画官からお願いいたします。

林幼児教育企画官 文部科学省幼児教育課の林でございます。

私からは、前回、伊澤委員から御質問いただきました幼稚園の指導監査の実施状況について、前はデータを持っていないということで次回お答え申し上げるというように申し上げておりました。その件について御報告でございます。

先日の議論では、幼稚園の指導監査というのは3～4年に1回ぐらいではないか。一方、認可保育園については毎年1回ということでやっているけれども、どういう状況かという御質問でございました。

私立幼稚園の所管であります省内の私学部などにも確認をいたしましたが、基本的には私立幼稚園に対する指導監査というのは、所轄庁である都道府県において、私学振興助成法という補助金、私学助成を出す根拠法でございますけれども、こちらの第12条第1号に基づいて調査、報告徴収という規定がございます。この調査規定に基づき、あるいは幼稚園の任意の協力で行っているという実態でございます。ただし、法令上あるいは国からも定期的に行えとか、頻度などについては特段明示的な指示はしていないのが現状でございます。したがって、各都道府県における調査の頻度というのは特に示しておりませんし、国としても実施状況の詳細を把握している状況ではないということでございます。

ただし、当然、私立幼稚園、所轄庁である都道府県が監督権者として適切な運営をされているかどうか。私学助成もそうですけれども、運営自体も所轄庁の判断によって、私学

の自主性は尊重しつつ、適切な把握がされているというように考えております。

とりあえず、私からは以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

では、朝川保育課長、どうぞ。

朝川保育課長 続きまして、2 - 1をごらんいただければと思います。使いますのは、資料2 - 1、2 - 2、資料3でございますが、まず資料2 - 1でございます。

これは毎回お出ししている資料でございますが、1枚おめくりいただいて、前回御発言いただいたものを踏まえて赤字で加筆修正をしている資料でございます。

大きい1番は発生予防のガイドラインで、2番が事故発生時の対応マニュアルということで、今日、まさに御議論いただくところですので、ここの赤字修正については改めて御説明いたしません。

資料の4ページ目から、第3としまして、事後的な検証のあり方というのが3つ目のテーマで、ここの部分は前回重点的に御議論いただきましたが、5ページ目、6ページ目のところで主なものを赤字で書き加えております。

前回の段階では、検証するという事はするとして、では、都道府県、市町村、どこが検証の主体になるか、そういったところも論点になりましたけれども、その論点に関して5ページ目の赤字の部分、少し追記しております。市町村が検証する場合についても都道府県が支援する。その具体的な支援内容について赤字で少し意見をいただいたので書き加えているのが1つ。

6ページ目のところ、主な御意見につきましては、赤字を10個ほど書き加えておりますが、1つは重大事故が起こった後はなるべく早い段階で、個別に関係者一人一人から聞き取りをする必要があるのではないかと。

あるいは事故が起こった原因の調査を保護者自身がしなければいけない状況を改善すべきではないかと。

3つ目は、事後的な検証について法令の規定があるのではないかと。

4つ目は、児童虐待の検証に関する通知と同様に「検証の進め方」についてもしっかり通知に書くべきではないかと。これは要するに後ろにお出しした資料が児童虐待の通知の部分の大きいパーツの1つ分だけしかお示ししていないので、もう一つ、大きいパーツとして検証の進め方というパーツがあるのですけれども、そこも明記すべきではないかという御意見。

その次が、国でしっかり検証の会議を設けるということ。

その次は、検証の実施主体について御意見があったということ。

下から3つ目は、検証の実施機関は、初動がきちんとできることが重要であるということ。

下から2つ目は、市町村に保護者やマスコミへの対応を助言する職員の配置が必要ではないかと。

最後には、全国の市町村に同じレベルの検証組織をつくれるかは少し疑問があるという御意見でありました。

しばらく資料が飛びまして、事後検証の資料が続いて、次は13ページ目です。4つ目のテーマは、事故の発生予防の指導監督のあり方というテーマでございます。この点についても、主な御意見のところに書き加えを赤字でさせていただきます。例えば2つ目のところでは、指導監査の要綱というものがあるのですが、もともと挙げておりましたのは認可保育所について対象になっております監査の指導要綱だけ挙げておりましたけれども、赤字のところでは認可外の保育施設の指導監督の指針もありまして、それについても改正を行うべきではないかという御意見をいただいています。

それ以外に一番下から5つ目、児童福祉の行政指導監査の実施要綱に以下を明記すべきではないかということで、1つは、重大事故発生時に特別監査を行うこと。あるいは2つ目は、不適切な事案を把握した場合は、予告なく指導監査を行うことを基本原則とし、速やかに立ち入り調査を行うことなど、ここに書かせていただいたような意見をいただいておりますということでございます。

次に、資料2-2でございます。今日、メインで御議論いただきたいところでございます。縦紙の資料です。

2つございまして、1つは、1～3ページの事故の発生防止（予防）のためのガイドラインについての骨子案を作成させていただいたということ。もう一つは、4ページ目から、事故が発生したとき、その直後の対応のマニュアルの骨子、大きく分けてこの2つを用意させていただいております。

まず、1つ目の予防のガイドラインについてですけれども、大きい箱四角のところは、基本的にどういう考え方で整理したかということを書いております。

1つ目は、施設・事業者向けという性格を持たせつつ、行政向けという性格も持たせるガイドラインにする。

2つ目は、施設の職員が短時間でもポイントについて目を通せるような工夫をしていったらどうかということ。これはまだ今日の骨子の段階ですので、そもそも余りこういう問題は発生しませんが、ガイドラインを肉づけしていくときに非常に大部なものになって、どこを見ていいかわからなくなってしまうという趣旨です。

3つ目は、抽象的な内容ではなく、具体例で記載する。特に事故が起こりやすい場面、食事中、睡眠中、水遊び中、そういったものを中心に具体例を記載していったらどうか。

4つ目は、省令で事故について規定がございます。運営基準の32条というところで規定がありますが、これはどういうことが規定されているかといいますと、施設は発生防止の指針を作成しましょうとか、事故発生時の体制を整えておきましょうとか、定期的な検証をしましょう、発生時の市町村、家族への連絡をしましょう。あるいはその記録をとりましょう、損害賠償をしましょう。そういうことが省令の32条で規定されているわけですが、ガイドラインは、その省令の運用の際の参考になるものという位置づけで考えて

みましようということでございます。

中身についてですけれども、まず、大きいパーツの1つ目として、施設・事業者向けのガイドラインの部分ということで、事故としましては大きく分けてさらに2つ。1つは、事故発生の未然防止の取組、2つ目は事故の再発防止の取組ということでございます。

四角箱囲みのところは柱だけ書いてございますが、それを少し肉づけしたものが箱の下のところから書いてございます。主な内容を見ていただきますと、1の(1)、未然防止の取組の1つ目が、安全な保育環境を確保するための配慮点等ということでございます。

ここを肉づけしていくに際して考慮すべきこととしていくつか書いてございますが、1つは子どもの年齢に留意しながら配慮点を整理していく。発達とそれに伴う危険、配慮点、そういったものを記述していく。

2つ目は、場所によって事故が起きやすい場所あるいは特徴的な配慮事項がございますので、保育室、園庭、トイレ、廊下、それぞれにおける危険であるとか配慮点を書いていく。

3つ目は、活動内容に着目して、危険や配慮点を整理して書いていく。この検討会でもたびたび御指摘をいただいておりますが、事故が起きやすいケースとして、食事中、睡眠中、水遊び中、そういったケースが多く見受けられるわけですけれども、そういった場合について、事故が起こりやすい場面におけるポイントを整理して記述していく。

食物のアレルギーに関する事故を防止するためのポイント。いろいろな行事がございますけれども、行事に関連して事故が起きやすい場面におけるポイント。それとも少し関連しますが、園外活動に関する事故を防止するためのポイント、そういったものを記述していったらどうかというのが(1)でございます。

2ページ目ですけれども、(2)といたしまして、職員の資質の向上ということで、ここには1つだけ具体例を書かせていただいておりますが、救命救急講習の実技研修に参加するとか、そういう日ごろの職員の資質の向上について記述していくのが(2)でございます。

(3)は緊急時の対応に関する体制を確認しておくということで、例えば具体的には、緊急時の役割分担表のようなものをあらかじめ作成して提示しておくとか、あるいは園外での事故、児童が少ない時間帯など、その職員体制が通常と違う場合の役割分担、連絡のとり方などについて手順を記載しておく。

3つ目は、日常に準備しておくことということで、例えば受診医療機関のリスト、救急車の呼び方、受診時の持ち物、通報先の順番、連絡先等を示した図などについて記載していったらどうかということでございます。

(4)は保護者や地域住民等、関係機関との連携ということで、事故発生時の協力、連絡体制をあらかじめ整えておくということ。

(5)は子どもへの安全教育ということで、子どもに対しても年齢に応じてだと思いま



すけれども、安全教育に取り組む。

(6)は設備等の安全確保に関するチェックリストです。

(7)は、事故発生の未然防止のための体制整備ということで、事故発生の未然防止のための委員会を設置しておくとか、あるいは日常で起こったヒヤリハット事例、こういったものも園の中で検証し、再発防止策を策定していくとか、あるいは未然防止のための指針を整備し、研修を通じて周知する。これは省令の規定事項もございます。あるいはビデオ等の記録機器を活用して未然防止に生かすとか、そういったことを記述していったらどうかということでございます。

大きい2つ目は、起きてしまったときの事故の再発防止のための取組ということで、1つ目は、再発防止策の策定ということで、事故防止のための委員会で既に起こった事故が防げるものだったかどうかという視点で再発防止策を策定する。

(2)は職員への周知徹底ということで、起こった事故、ヒヤリハット事例などについて再発防止策を職員全員に周知するというをガイドラインに記述していったらどうかという骨子でございます。

3ページ目は、同じガイドラインについて自治体向けのものでございますけれども、項目として同じく2つに分けております危機管理のための体制と再発防止の取組ということで、主な内容のところを見ていきますと、1の(1)としまして、自治体と施設・事業者等との連携ということで、日ごろより連携をとるということで連絡会議を設置するでありますとか、事故が発生した場合の事業者施設と自治体との緊急の連絡体制をあらかじめ決めておくとか、自治体の役割分担表をつくっておくとか、あるいはビデオ等の記録機器を必要に応じて活用するとかでございます。

(2)は、職員の資質向上ということで、この肉づけした後のガイドラインであるとか、事故発生時の対応マニュアル、こういったものについて職員に研修をしておくということ。

(3)は、第三者評価あるいは指導監査、そういう日ごろのいろいろな施設に対する調査したものについて、しっかり共有をしておくということ。

2番目としましては、再発防止、(1)事故の検証ということで、死亡事故等に関する検証と再発防止策の周知を行うということ。(2)は取組事例の紹介ということで、巡回指導など、施設・事業者に対する日常的な指導事例を紹介するというでございます。

4ページ目でございますが、大きい2つ目の重大事故が発生したときの対応マニュアルの骨子の案でございます。

最初の箱は、先ほどのガイドラインと同様に考え方でございますが、1つ目は、関係者が事故発生後すぐに発生状況を詳細に記録するというのが1つ。

2つ目は、事故後の保育士や子ども・保護者への対応、そういったものも記載する。

3つ目は、事故への具体的な対応方法を記載する。

4つ目は、先ほどと同様ですが、省令の32条を運用する際の参考になるものという位置づけにするということでございます。

こちらも施設向け、自治体向けと分けてございますけれども、主な内容のところを見ていただきますと、事故発生時の対応としましては、まずは状況把握をし、応急措置をするということが(1)でございます。事故直後については、事故に遭った子どもの医学的処置、応急措置が必要であるということ。

2つ目は、施設長、他の職員と連絡をとって、緊急時の役割分担表に基づいて、事故に伴う行動を分担するというのが(1)でございます。

(2)は関係者への通報ということで、役割分担表に基づいて傷病、医療機関、警察、保護者、行政等への連絡報告を行う。さらに、2つ目のポツは、検討会で議論していただいた報告制度に基づいて報告をしていただく。

(3)事故状況の記録でございますが、事故記録簿のようなものの活用について記載するとか、あるいは事故後、速やかに発生状況を確認する。これだけだと簡単ですが、こういったことをもう少し肉づけをしながら書いていくということでございます。

(4)保護者等への対応ということで、保護者の心理を踏まえた対応に留意するとか、職員に対しても、精神面でのフォローが必要であるとか、そういったことを記述していったらどうか。

さらに、最後は報道機関への対応でございます。

6ページ目でございますが、事故発生時の自治体向けのマニュアルとしまして、自治体も自分のところでしょっちゅう起きているわけではありませんので、いざ起きたときにどういう対応をしたらいいのか、そういうマニュアルがあったほうがいいということでの記述をしておりますが、事故発生時の対応としましては、施設・事業者への指示、助言ということで、事故の状況を聞き取って、適切な指示、助言を行うということ。あるいは(2)として保護者への対応をするということ。その中身としましては、被害児童の保護者及びそれ以外の保護者に対する対応の仕方とか、あるいは2つ目、事故後の保育の継続についての助言、指導。3つ目は、施設・事業者による保護者説明会の開催についての助言、指導。そういった内容でございます。

(3)都道府県の報告は、この仕組みにのっとって報告を上げていただくということ。

(4)は報道機関への対応。

(5)は事後の検証ということで、死亡事故等については、検証委員会を設置していただくということでございます。

以上がガイドラインとマニュアルの骨子についてございまして、最後は資料3をごらんいただきますと、この検討会でも意見をいただいておりますし、そのようにしたいと思っておりますが、このガイドライン、マニュアルについては、事前に意見照会をさせていただいて、机上配付資料にもございますけれども、今までいただいた意見と、今日これからいただく意見を踏まえて、具体的なガイドライン、マニュアルづくりに入りたいと思います。それについては、調査研究事業を始めて、改めて別に起こしまして、その中で具体化、肉づけをしていきたいと思っております。

そのための調査研究事業の事務局をやっていただく事業者について、今、公募中でございます。そこで事業者さんが決まれば、今日、御議論いただく骨子案をもとにガイドラインマニュアルづくりを具体的にしていって、大体、現時点でのめどとしましては、この検討会は一応秋ぐらいまでにということでスタートしておりますので、秋ぐらいまでに調査研究事業が終えられれば終え、その結果をこの検討会にもう一度フィードバックさせていただいて、最終的にまとめをしていきたい、そんな感じで考えております。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

今、御説明がございましたように、本日の会議では事故発生防止（予防）のためのガイドラインと、事故発生時の対応マニュアルについて検討していきたく思いますので、順次、委員の皆様のお意見を伺ってまいりたいと思います。その後、事故の検証などの部分についても伺っていきたく思います。大変大部にわたるものですので、まずは本日、升田委員が御早退されますので、升田委員より全体につきましてまとめて御意見をお伺いしたいと思います。その後、皆様方の御意見、それぞれの部分に応じて聞きたいと思いますので、それでよろしいでしょうか。

では、升田委員、どうぞよろしくお願いいたします。

升田委員 御配慮ありがとうございます。

いくつかの点について、若干意見を述べさせていただきたいと思います。

まず最初に、ガイドラインの骨子で、お子さんへの安全教育というものがあるのですが、当然ですが、子どもへの安全教育を確実なものとするためには、施設だけではなくて保護者に対する安全教育も必要で、前、女子大学に勤めておりましたところ、意外と安全に対する認識が必ずしも十分でないという印象を受けておりましたので、ぜひ親に対する安全教育も現在の社会情勢においては十分ではないと思いますので、そういった点についても指摘いただければという気がいたします。

緊急時の対応についての体制の整備は非常に重要ですが、整備しただけではなかなか的確に動きがとれないのが実情でありますので、その職員の資質の向上ということで実技研修をうたっておられますけれども、当然ですが、緊急時対応についても研修を繰り返し行わないと的確に体が動いていかないということもありますので、そういうことにも御配慮いただければと思います。

今回、データベースもそうですけれども、実際の事故の対応がどうであったのかとか、原因がどうであったのかということでは、事情聴取、証拠の収集ということも非常に重要ですが、いくつかこの会議で御指摘がありましたけれども、隠されているというような問題が発生したときには、意外と現在、事業者、公的団体でも行われておりますけれども、公益通報制度というものがありまして、そういったものも利用できるように、何らかの形で指摘したほうがいいのではないかと気はいたすものであります。

さらに、職員の方あるいは施設のほうにいろいろやっていただくというときに、今回は

防止とか事故後の対応ということではいろいろな項目を取り上げられるわけですが、その背景にはもちろんそれが全部ではありませんが、法的な責任とか社会的な責任とか、そういったことについて十分認識しておかなければ、一体、何を何のために、あるいは何をしたらどうなるのかということが理解できないままにやれやれと言ってもなかなか難しいといいますが、フェアでない面もありますので、少なくとも今回御指摘がありますように、いろいろなところに通報するとなれば、民事、刑事、行政の法律問題の概要ぐらいはきちっと御理解いただいておかないと、担当される方が、これは何のために、これをやったらどうなるかということをお理解されないままにやりますと、後で違った結果といえますか、あるいは不幸にして意見の対立、そういったトラブルになる可能性もあるのではないかと懸念するわけです。御指摘のところは、例えば精神面でのフォローが必要と書いてあるのですけれども、もちろん精神的に非常に大変な状況ですけれども、その前に制度を理解するというだけではなくて、法的な意味合いもきちっと御理解いただいたほうが、よりスムーズに進むのではないかという気がいたします。

最後に、今回のガイドラインそのものではありませんけれども、データベースに関しまして、この種のデータベースはほかでもやっているわけですが、実は、ここでこういう情報を公開しますと、いろいろな場面で情報の背後にある資料、あるいは誰がどう検討したのかというような具体的な情報を求めて、例えば民事訴訟が提起されますと民事訴訟法上の手段あるいは弁護士法による手続、あるいはさらに広く言いますと、情報公開法条例、そういった法令に基づいて情報の提供を求められるということは通常予想されることでありまして、最近、判決を見ておりましたら、公的な機関で調査されていた事例ですけれども、いろいろな関係者の方が、利害が対立して、担当の機関の担当者の方が証人尋問に呼び出されて実際に証人尋問を受けたという事例もありますので、いろいろな関係の方が今回こういった制度を運用されるわけですが、そういう具合に担当されたら、最終的には場合によっては証人尋問といえますか、証人として呼び出される可能性があることは当然前提としていただかなければいけないのかなという気がいたします。

ちなみに、証人として呼び出された場合、証人として証言する義務というのは、あまねく国民一般に認められている義務がありまして、当然、一定の事実を見聞いたしますと、特段の事情がない限り拒めないこととなりますので、そういったことも当然いろいろ熱心に研修をし、かつ実施していただくということは重要ではありますが、背後にありますそういった法的な制度自体も概要は御理解いただいていたほうが、多分後になってこんなはずではなかったというような不満を抱かれる、あるいは不安を抱かれるということはないのだろうという気がいたします。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、事故の発生防止（予防）ガイドラインについてでございますが、まず事業者向けと行政向けに分けて骨子案を作成しておりますので、それぞれに分けて伺っていけれ

ばと思っております。

まず、予防ガイドラインのうち、事業者向けの部分について、皆様方から御意見がございましたら、出していただければと思います。

どうぞ。

田中哲郎委員 今のお話の最初のところに、安全教育が挙げられています。安全教育は家庭と一緒にやらないと効果が薄いのではないかと考えています。

保育園だけで子どもの事故防止を図ろうとしても、子どもたちが安全なマナーとか、安全習慣が身についていなければ保育園だけの事故防止活動だけでは効果は限られたものになると思います。家庭と一緒に安全な行動、安全習慣というものを身に付けていかないといけないのではないかとと思います。ですから、保育園だけで安全が図られるのではなく、家庭と一緒に子どもたちがどうしたら安全に過ごせるのか、何が危険なのかということを理解させるように一緒に事故防止活動を行わないと事故防止の効果は乏しいのではないかなと思います。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

ほかに皆様いかがでしょうか。

栗並委員、どうぞ。

栗並委員 栗並です。

事業者向けのところとしては、項目の(2)職員の資質の向上で救命講習の実技研修に参加するということがありますが、調査研究において、では、どのぐらいの頻度でやったらいいのかということもきちんと書いたほうがいいのではないかと考えています。

というのは、データベースで今回出てきたものの中で、8番目の事項なのですが、救命措置の研修が23年度で最後になっていたのも、職員の技術や能力、知識がおろそかになっていたという記述がありますので、では、どのぐらいの頻度でやったらいいのかということも、目安として示していく必要があるのではないかと考えます。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

田中哲郎委員 救命救急ですけれども、心肺蘇生法のガイドラインは5年ごとに改定されて、今度は2015年の新しいガイドラインが秋にできると聞いております。

もう一つは、現在研修が主に消防庁で救命救急士の人に行われていますが、この内容・教育方法が効果的なものかについても今後検討する必要があると思います。保育士等に必要内容等の検討が必要だと思います。現在のカリキュラムに改善すべき点があるかどうかは別として、受けないより受けた方がいいということは事実だと思いますので、2~3年ごとに受講した方が良く考えています。保育に係る人は必ず受けるべきだと思います。

前田座長 ありがとうございます。

宮下委員、どうぞ。

宮下委員 今の職員の資質向上のことですけれども、救命救急講習の実技研修というものは大変大切だと思っております。それに加えて、事故を未然に防ぐという意味で、(1)の安全な保育環境を確保するための配慮点を挙げているわけですけれども、この事項については、それぞれの職員が自分の園の保育環境におろしながら、配慮しなくてはいけない点などを園内研修という形でしっかりと取り組むことも大事ではないかなと思っております。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞお願いします。

櫻井委員 櫻井です。

ただいまの職員の資質向上、研修会の関係ですが、救急救命の研修を何年に1回義務づけたらいいかという内容ですが、私どもの町では毎年必ず救急救命講習を実施しています。実際に消防士の方に来ていただいて実技講習をしておりますが、話を聞いてみますと、毎年講習内容にも修正箇所があるそうです。例えば蘇生法などでも、子どもに対して胸を押すときの方法が少し変更されるなど従来と違う点があるようです。毎年こういった講習を取り入れております。

そのほか救急救命講習以外にも、保育所の給食のアレルギー除去の勉強会や、感染症など、冬場や夏もそうですけれども、感染症がはやる時期には、そのような講習なども取り入れて実施しておりますので、そういうこともぜひ加味していただければいいと思っております。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ田中委員、お願いします。

田中信子委員 このガイドラインですけれども、このガイドラインはどこの施設についても共有化しておいたほうがいいことが書かれてくるのかなというところだと、細部については、各施設で施設の環境だとか、職員の人数構成だとか、預かる年齢構成だとかによって違ってくるところでは、各施設でのチェックリストですとか、ヒヤリハットマップをつくったりして、各施設に合った安全対策を図っていくようなところも大切かなと思います。

前田座長 ありがとうございます。

皆様、いかがでしょうか。お願いします。

伊澤委員 伊澤でございます。

職員の資質向上の救命救急講習の部分の中ですが、含まれているときもありますが、AEDやエピペン(対アナフィラキシーショック緊急補助治療薬)も具体的に網羅する必要があるのではないかと思います。

あと、事故の再発防止に関しては、委員会においてと明示されていますが、その委員会再発防止の部分のみで出てきております。職員の資質向上という意味や保育環境を確保

するという意味においても委員会を設置して意識の高揚を図る必要があると思います。

また、定期的健康診断は行っていますが、最低基準では年2回設けられておりますが、市町村においては回数のばらつきがあります。健康診断での日ごろの予防的な要素も入れておけるといいと思います。

以前入園時の健康診断という話をさせていただいたのですが、日ごろから保護者についても各年齢に応じた定期的な健康診断は、御自分のお子さんの健康面のチェックというものも、しっかりと入れておいていただけるとよろしいかと思っております。

以上でございます。

前田委員 ありがとうございます。

田中先生、どうぞ。

田中哲郎委員 保育者の資質の向上ということですが、例えば園外研修ということができるよう体制が組まれないといけないと思います。研修意欲があっても職員数に余裕がなく、園外研修（オフジョブトレーニング）には出られないというようなことがあるようですので、院外研修をできるような人的・予算面でのバックアップを国なり市町村なりがする必要があると思います。これらが解決しないと保育者の質の向上はかけ声だけで進まないと思います。

前田座長 升田先生、どうぞ。

升田委員 突然手を挙げて申しわけありませんが、拝見していて1つだけ気になりましたので、つけ加えさせていただきたいと思うのです。

何力所かに、ビデオ等の記録機器を必要に応じて活用するという御提案があるのですが、ビデオ等の記録機器というのは非常に古い表現だという気がするのですが、むしろ、それぞれのお子さんの毎日の状況というのは、具体的にどういう運営にしておられるのかわかりませんが、入ってこられてからお出になるまでに、いろいろコンピューターに打ち込んでおけばある程度の状況は把握できるわけですね。ですから、全体的にコンピューター化をもう少し進めたほうがいいような気がするのです。ビデオ等というのは、この間の御発言ですと監視カメラか何かのことだと思うのですけれども、監視カメラを設置するかどうかは1つの検討課題としましても、もう少し基盤として、どの程度、今の研修とか対策の実施とか、お子さんの日々の状況とか、この間の議論ですと担当の保母さんなり担当の方が目視でいろいろ状況を把握して、かつ、その情報も基本的には記憶にとどめておいて、何かあったときにそれを表現するといいますか、記録するというようなことが主立ったやり方のように伺っていましたが、むしろそれは現在の状況ですと、コンピューター化して、ある程度の情報化といいますか、情報処理はコンピューターを活用するという場面で御利用になったほうが的確にできるのではないかと思うのです。現在の状況で、多分どちらのほうでも相当程度のコンピューター化はやっておられるはずですので、せっかくでしたら、それをもう少し一歩進める形で御検討いただいたほうがなお生きると思うのです。ここにあるビデオ等の記録機器というのが、提言としては非常に時代が

おわれているという印象を持ちます。

前田座長 ありがとうございます。

鈴木委員、手を挙げておられますか。

鈴木委員 家庭的保育協議会の鈴木でございます。

事故発生の未然防止のための取り組みというところで、前回、田中先生の資料の中にありましたことで少し発言させていただきたいと思います。

病死が増えているということですが、子どもに急病、急変が起こった場合、保育士としてどのように対応したらいいか、いつも迷っていたところでしたので、前回の会議の資料日本小児救急医学会の雑誌でとてもいい意見をいただいたと思います。私は長い間、保育現場におりましたけれども、保育士は子どもの病気については半専門職みたいな立場で看護師さんが判断することになっていたので、自分の判断が正しいのかどうなのかわからないまま過ごしてまいりましたが、資料の小児救急医学会雑誌の第14巻では、保育士がおかしい、受診すべきだと感じたときは、その判断に従うべきであると書かれていたのを読ませていただき、この通りになると良いと思いました。保護者に連絡をしても、保護者に連絡がとれず、何度も吐いて脱水などを起こしているお子さんの対応では、なかなかコップで飲んでくれないので、スプーン1杯、15ccずつを何回も飲ませながら保護者のお迎えを待つという心細い思いを経験しました。

現場のほうとしては、運営に関する基準で規定されれば保育士の判断でできるようになるかもしれないので、そういったところもセットにして進めていただければ、急病への対応がスムーズにでき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。

それでは、また後で御意見があれば伺いたいと思うのですけれども、次に、予防ガイドラインのうち、行政向けの部分について御意見ございましたら、それも含めまして伺いたいと思いますけれども、いかがでいらっしゃいますか。

どうぞ。

櫻井委員 櫻井です。

先ほどの事業者向けに関連してくるのですが、職員の資質向上、研修会を実施することを一応位置づけしているわけですが、実際には、職員の資質や判断ミスが、保育所内での事故につながるということが言われております。しかし、事業所だけで研修を実施してほしいと言ってもすごく難しいと思うのです。時間的にも保育所はかなり遅い時間まで運営していますし、講師を迎えるとなれば、それだけの講師謝金などの経費もかかるということもあり、やはりある程度自治体が総括してそういった研修が実施できればすごくいいのではないかと考えています。私どもの町では、認可外保育所も含めた全ての民間の保育所、民間幼稚園にも全部声をかけまして講習会を実施しております。夜の6時半からという時間を設定しており、全員は参加できませんが、先日も感染症の予防研修を実施したところ、



100人以上の保育士が出席してくれました。1人の講師に多くの職員が受講できる体制ができれば、研修もすごくやりやすいですし、職員の資質向上にもつながっていくのではないかと思います。保育事業所のみならず、自治体が実施する支援方法についても位置づけをしていただければありがたいと思っております。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

皆様、いかがでいらっしゃいますか。どうぞ。

小原委員 小原です。

まず1点目は、先ほども出ていたのですけれども、ビデオ等の記録機器のところでも少し追加します。もう少しコンピューター化ということで、先ほどおっしゃっていたように、睡眠時にモニターをつけるとか、いろいろな機材があると思うのですけれども、そういったものを具体的に明示して、なおかつ自治体のほうでは買うのであれば助成するとか、導入のきっかけになるような明示の仕方をお願いしたいと思いました。

なかなか高価なものなので、導入するには事業者も勇気が要ると思うので、例えば何年かモニター的に使わせていただけたらとか、調査研究の中で、この程度配付して使ったところ、例えば年間で何人の命が助かったとか、そういったものがあると導入のきっかけになるのではないかと思います。このように「必要に応じて活用する」というだけだとなかなか手が出ないかなと思いました。

事業者のほうに戻りますと、最初の保護者、住民と関係機関との連携のところ。この項目でなくてもいいのですけれども、万が一事故が起きてしまった際に、事故内容に対する対応だけではなくて、ほかの機関とか保護者の間でどういうトラブルが起きやすいかというようなことというのは、なかなか日ごろの保育の中でそういうことまでイメージはしないかと思うので、どこかでトラブルになりやすい事例を目にしておくとう違うのかなというように思いました。

4番の保護者や地域住民等のところで言いたかったのは、日ごろからこういう関係をつくっていくとこういう問題が起きにくいとか、そういったことも触れるとよいのかなと思いました。

前田座長 ありがとうございます。

田中先生、どうぞ。

田中哲郎委員 先ほどのモニターの話ですが、SIDSの発見・防止にモニターが有効なのかどうかのお話がありましたが、私が十数年前にSIDSの研究班で全国疫学調査をやった際の文献調査では、外国ではモニターは有効ではないという結論のように記憶しております。市販されているモニターが有効かどうかについては慎重に検討する必要があると思っております。使うに当たっては有効な機器であるかを検証した上で購入・使用するのが必要と思っております。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

鈴木委員 家庭的保育協議会の鈴木です。

私どもも研修事業では、5分おきの睡眠中の健康観察と呼吸確認をきちんと皆さんに意識してやるようにと話しています。その中で家庭的保育者の意見として、それは私たちもしっかりやるけれども、モニターがあるのでしたら、国が助成金をつけて、例えば保育室に1つとか、0歳がいる間だけですとか、期間を設けて貸出できるような仕組みを作ってほしいという意見がありました。

ある保育室では0歳児がいるベッドの中にモニターがあって、お布団の下に敷くシートのところとセットになっているのですけれども、保育者が少し抱き上げただけでもぶーぶー鳴ってくれるので、とても意識づけができていいと言っておられました。ですから目視でしっかりとした健康観察と呼吸確認をチェックするとともに、モニターもあればより安心して保育ができるのかなと思いました。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

田中委員、お願いします。

田中信子委員 職員の資質の向上のところですが、研修で周知とかはすごく大切だと思うのですが、先ほども申しましたように、このガイドラインだけでは各園に合ったマニュアルづくりもしていかなければいけないというところでは、各園での取組の確認というのは行政がしていくべきではないかなと思います。そういったことの情報交換も職員の資質向上ではやっていったらいいのではないかなと思います。

あとビデオカメラの設置についてですが、保育の質というところにおきますと、ビデオカメラを設置するというところで保育が萎縮してしまうのではないのかとか、見られていることを意識した保育にはならないかなというところの不安は残りますけれども、SIDSの場合、状況を把握するという点では有効な部分もあるのかもしれないですが、保育の質というところではどうなのかというのは思います。

前田座長 ありがとうございます。

西尾委員、どうぞ。

西尾委員 東京都の西尾でございます。

職員の資質の向上につきましては、研修等により周知というのは言うまでもなく大切なことだと思っています。

加えて、今日は資料にもしていただいたデータベースのところ、これは生きた情報ということでは、これもあわせて研修等で周知していくことが重要だと思います。ガイドラインをこれから作るのですが、作った後も更新ということが重要だと思っています。これは頻度がどれぐらいなのかわかりませんが、このデータベースで新しい傾向とかが出た場合は、速やかにそういったガイドラインにも反映し、そして、個々の研修にも生かしていくのが重要だと思います。それが1点です。

先ほど来、ビデオの議論になっておりますけれども、私も前回からビデオの議論が出た

ときに考えたのですけれども、今、田中委員がおっしゃっていた、もしかしたら、四六時中ビデオが回っているというところで、保育者にとって何らかの心理的な圧迫があるというのは嫌だなというところがありました。

ただ、その一方で、職員を守るという面もあるのかなと思っています。いろいろ事故発生時に記録を詳細につけるというようなことが求められますけれども、実際のところ、保育者が限られた人数の中で突発的なところが起こったときにどれだけ、何ができるのか、記録の面でもなかなか悩ましい部分があるのかなと。そんなときにビデオ、映像が残っていれば、客観的な証拠として生きてくるのかなと思っています。私も前者の部分と後者の部分でどうなのかというところがまだ判断しかねますというところでは、先ほど来、モニターで少し試行的にやってから効果を検証しながら、それでいいというところであれば助成等で一般化していくというところを段階的にやっていくことが必要なのではないかと思っております。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

山中先生、どうぞ。

山中委員 山中です。

ビデオに関して、私が前からお話ししているのは自分の経験からなのです。後でいくらみんなで検討しても、何分水中に没していたかわからないのです。これが例えばほんの数十秒であれば保育者の責任ではないわけで、本人の心臓なり何なりに大きな異変が起こったことになります。全てを撮れと言っているわけではなくて、プールでの溺水は毎年発生しているわけですから、つい1カ月ぐらい前もたしか埼玉県の保育の場で1歳半の子がお風呂で溺れて亡くなっていますね。水を使っていれば必ず溺水が起こるわけです。そういうことで、水泳のときにはともかく撮っておけば、後で水掛け論にならなくて済むのです。

10分間目を離していたのか、それとも20秒ぐらいだったのかで判断は全然違いますので、保育士を守るためにも絶対に必要だと私は思っています。食事中も詰まって窒息する例がありますので、どういう状態で食事をさせていたか撮っておけば不要なトラブルに巻き込まれない。事実が事実として記録されているわけです。これは保育士を守るためでもあるわけです。それを「萎縮」とか言っても問題は解決しません。実際に事故が起きたときはあとで正確に検証できないわけです。全てモニターしろと言っているわけではありません。水遊びをしているときと睡眠中と、食べているときは決まった頻度で事故が起こっているわけです。録画しておかないと、いつまでたっても、気をつければいいとか、目を離れたとか、そういう話だけで終わってしまいます。そこをぜひ分けて考えていただきたい。保育中のすべてをビデオで撮る必要は、私はないと思っています。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

伊澤委員、どうぞ。

伊澤委員 伊澤でございます。

ビデオの活用について今いろいろと御意見いただいたわけですが、実際現場とすると、それを活用することの目的がどういうことなのかというところを、実際に職員に周知できるかどうか、それが日々の保育をいい意味での点検、振り返りとして使うので、「指摘やマイナス要素での評価につながるような活用ではない」というところをしっかりと押さえておくべきではないかと思えます。

自園でももう既に何年も前からビデオは入っております、実際それを活用すると、室内外のけがのときの振り返りであるとか、実際それがどういう形で起きたかという部分については、職員の死角という部分もゼロではありませんので、有効だと当園では考えています。

パソコンの活用等については、なかなか現状の保育園、認可の公私立合わせて2万数千カ所あるわけですが、実際、そこまでの記録でパソコンの活用ができているところは非常に少ないと思えます。また、実際の業務の中に付加していく場合、業務が軽減する方向で導入を検討していただくということであれば、非常に有効ではないかと思えます。

あと、先ほど申しそびれてしまったのですが、質の向上の部分の実技研修等については、保育士にどこまでのレベルを求めるのかが、実際、年数回という形を仮定したとしても、個々のレベルの問題があり、看護師、保健師ではない立場の中で、初期対応をすべきではあることは十分わかっておりますけれども、本当にどこまでのレベルを求めるかという部分が回数ではなく、その必要性になってくるのではないかという気がいたしております。

あと、保護者との関係の部分においては、今回は重大事故に視点を当てて議論しているわけではありますが、成長の過程の中では小さなけがを経験しながら、子ども自身も成長し、痛みを知り自己防衛能力を身に付けていきます。小さなけがは集団保育の中での必要性として御理解いただきたい。決してそのことを理由にすることではなく、成長の中でそういうことが必要だということもつけ加えていただくと現場としては非常に良いと考えます。

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、ガイドラインにつきまして、一通りここで御意見をいただいたということで、次に、時間の関係もありますので、ひとまずは次に事故対応マニュアルのほうに議論を進めたいと思えます。もちろん、この段階でも、まだガイドラインに後でお気づきのことなどございましたら、御自由に御発言ください。

それでは、まず、事故対応マニュアルのうちの事業者向けと行政向けがございますので、事業者向けについて何か御指摘がございましたら、お願い申し上げます。

栗並委員、お願いします。

栗並委員 ガイドラインの議論を1回、今、切ってしまったのですが、ごめんなさい。

自治体向けのところで櫻井委員から研修の話がありまして、なかなか一施設では限界が

あるので行政として支援が必要だという話で、非常に納得できて、行政向けのガイドラインのほうに、施設でやる研修であったり、自治体として、自治体全体でやる研修という、研修を自治体がバックアップするようなところも位置づけたほうがいいのではないかと考えました。

田中委員がおっしゃった、施設でなかなかみんなで集まってというのが難しいので、施設で研修するということに対して、国とか自治体で支援をしていく必要があるという意見に私は大賛成でして、そういうところも含めて、自治体向けのほうのガイドラインに書いていってもいいのではないかと思います。

あともう一点、今回、意見書として出した点ですけれども、自治体向けのガイドラインの一番最後の3ページ目の一番下の(2)、取り組み事例の紹介ということですが、事例紹介ということでは不十分で、実際、今回の検討会の議題の中で、指導監督のあり方というのを整理していくことになっているのですけれども、そこでの議論をここにもフィードバックしていくような形で、実際、どういう指導監督を自治体が行っていくのが望ましいのかということを実例紹介ではなくて、きちんとどういう頻度でやるべきだということなところかをしっかり示していったほうがいいのではないかと思います。

前田座長 今、出されている意見書の。

栗並委員 ごめんなさい。意見書の項目で言うと、1ページ目の1番です。事故発生防止のためのガイドラインの骨子案についてというところに書いてあるのは、自治体向けのガイドラインの中では取り組み事例の紹介だけでは足りないのではないかとこのことを書いています。

ガイドラインについては以上です。

次の事故発生時の対応マニュアルのほうに議論が移りましたので、そちらに関して意見を述べますと、まず形式と記載内容に関する考え方というところで、事故発生の要因分析や再発防止のための改善策の検討方法についても記載すると追記してはどうかと考えます。それについては、意見書の次の四角で述べているのですけれども、施設・事業者向けのところで、施設・事業者による事故後の検証を項目として追加するべきではないかと考えました。というのは、重大事故の中でも死亡事例については全例を検証するというところで議論が進んでいるのですけれども、重大事故の中でも死亡事例以外のものは、まだ全例検証するという方向にはなっていないので、そういった自治体で検証は受けないけれども、重大な事故に関しては何もしないではなくて、施設や事業者が自分で検証していくということはやったほうがいいと思うので、この点については、追加をする必要があるのではないかと考えます。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

皆様、いかがでしょうか。栗並委員からマニュアルについて御意見を伺っておりますけれども、皆様方も御意見がありましたら、どうぞよろしくお願ひします。

この事項は、ここ何回も議論に出ておりますように、まだ経験のない施設もございましたし、起こったときに何をすべきかという重要なマニュアルですので、皆様方の御意見をぜひよろしくお願い致します。

宮下委員 (4)の保護者等への対応の部分ですけれども、保護者の心情に配慮した対応をするという点でまず対象になるのが、けがをした子どもの保護者だと思います。ただ、園の中での事故は、年齢が上がれば上がるほど子ども同士の関係の中でけがをするということもございまして、その場合、もう一方の子どもの保護者に対する対応も園としては十分配慮しなければならないと思います。その辺のことについても触れておいたほうがいいのかと思います。

職員に対しての精神面のフォロー、これも大変重要な問題だと思ひまして、毎日、命と向き合って仕事をしている者としましては、万が一、重大事故があった場合、その職員の精神的なダメージは大きく、感じる責任も非常に大きいと思います。このあたりをどのようにフォローしていくかということもしっかりと押さえておかななくてはいけないかなと思います。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

西尾委員、どうぞ。

西尾委員 この対応マニュアルを作るのは当然のこととして、これを何かあったときに即座に使えるというところが一番重要でして、そういう意味では、職員の皆さんにマニュアルがあるだけではなくて、それが自分のものになっているかどうかを点検してもらうような訓練というのは大げさですけれども、自分の対応が迅速にできるという点検ができるような取り組みがあるといいなと思っています。それが1つ。

もう一つ、事故状況の記録ですけれども、これは時間のない中でただ客観的に簡潔に明記するということが求められると思うので、ここについても書き方についてしっかりとこの辺をポイントとして押さえてというところは明記しておく必要があるかなと思っています。これは後でいろいろ私も拝見すると、内容がなかなかわかりづらかったところもありますので、ここはしっかりと書き方を位置づけていただければ助かります。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

いかがですか。

鈴木委員、どうぞ。

鈴木委員 鈴木です。

先ほどの大きな資料の3枚目の8番のところですが、のどに詰まらせて窒息というところで、真ん中辺のソフト面の改善策の一番下のところの研修や訓練などで事故発生時の対処方法、吐かせ方や誤飲の応急処置、けいれんの応急処置、心肺蘇生法を身につけることという実践についての研修もとても大切だと思ひました。3歳未満児は、のどに詰まらせて

窒息ということがいつ起きるかわからないのです。赤ちゃんの月齢に合わせて離乳食を柔らかくつくっても、食道の機能がとても未熟ですし、食べ方が下手なので詰まらせてしまうということがあります。また、離乳食の形態が合っても、飲み込み方が下手だから詰まらせてしまうということも起きるので、そばで見なければいけないのです。そして詰まったときに応急処置をぱっととれるような保育士の勇気。私がここでやらなかったらこの子の命は救えないみたいな、そんな気持ちが保育士の中にないと、いくら保育士がそばにいても重病のほうに至ってしまうということがあると思うので、実践のほうの研修をしっかりとってほしいと思います。

もちろん、救急車を呼ぶと思うのですが、救急車が到着するまでの数分間の応急処置によって、子どもの命が守られるということが大前提で、本当に1秒でも早く解除できれば生涯の生活の質はよくなるのではないかと思われるので、そういったきめ細やかなところをきちんと研修などで若い保育士さんたちに教えてほしいと思いました。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

ほかにいかがですか。

小原委員、どうぞ。

小原委員

発生防止と事故が起きたときの対応マニュアルの作り方がどのようになるかにもよるのですが、事故が起きたときに、マニュアルとしてぱっとそれを見るのであれば、対応マニュアルのほうは非常に簡潔に書いてあって、それに沿って何かやる、こなしていくという形になるのかなと思います。そうであれば、発生防止のほうに細かいことまでいろいろ書いておくのが必要だと思います。

先ほど言った、例えば保護者の対応とか、マスコミの対応とか、こういう失敗、こういうことをやってしまったがためにこじれてしまったというようなことは、事前に読んでおくと違うかなと思うのです。それが発生防止のほうに書いてあったらいいのか、事故後のほうに書いてあったらいいのかというのは、よく考えて作っていただきたいと思います。

保護者への対応の自治体向けのほうですけれども、ここで漏れていると思うのは、万が一、被害に遭った保護者が、発生後の対応や調査が不十分であると思ったときに、どこに相談したらいいのかということがあらかじめわかっているような仕組みをどこかで周知していくようなことを書いて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。

小原委員から、事故対応マニュアルの自治体向けの御意見も伺いましたので、皆様、どちらでも、マニュアルについてこういうことを盛り込むべきだという御意見がございましたら、お願い申し上げます。

どうぞ。

栗並委員 栗並です。

では、自治体向けのほうに関して意見を述べたいと思います。

自治体向けのほう、(1)施設・事業者への指示・助言というところで、ここで重大事故の場合は事故後の事故状況の記録等を施設任せにしないで、その後の検証等にもかかわってくるので、必ず自治体の担当者が速やかに現場の確認を行って、記録をする、すなわち書く作業そのものは施設職員がするものなのですけれども、そうした記録が適切に行われるような形で自治体の職員が指導するということをここに明記していくべきであると考えます。

(5)のところで、事故後の検証という形で項目立てがしてあるのですけれども、ここは再発防止に向けた対応という形にしまして、検証はもちろんするのだけれども、検証を待たずとも自治体ですぐにできる対応というのもあると思います。例えばもう明らかに危険性のあるような食材であったり、玩具について排除をすぐやっつけていこう、そういった周知をしていくのだということもできると思うので、事故後の対応として、検証だけではなくて検証する以前にやっておくべきこともあるのだということは示していてもいいのではないかと考えます。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございませんでしょうか。皆様、いかがですか。

伊澤委員、どうぞ。

伊澤委員 伊澤でございます。

先ほど職員の資質向上の部分でどこまでのレベルを求めるかという発言をさせていただいたのですが、よりレベルの高い対応を求めるとなると、看護師の配置がやはり必要ではないかと考えます。

盛岡市等では、民間、公立合わせて、全園、看護師が設置済みという市町村も実際ありますし、今回、国の新しい制度の中では、看護師の配置の加算という部分が新たにつきましましたので、積極的な配置へと進むのではないかとと思うのですが、病院等でも看護師不足が言われている中で、果たして全保育園に設置が可能かどうかという部分は、実質難しいとは思いますが、そういった専門職の配置という部分もどこかの項目に検討資料として入れておく必要があると思います。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

いかがですか。よろしいですか。

それでは、限られた時間ですので、次に、このほかに事故の検証や指導監督の部分について御意見がございましたら、いただきたいと思います。

もちろん、今の段階でも後でも、マニュアルやガイドライン、こういうことを入れればよかったなというのはお気づきのときがございましたら、すぐ手を挙げていただければ御発言をお願い申し上げますが、まず、事故のガイドラインの検討、事故発生時のマニユア



ルも皆さんから御意見をいただきましたので、それを踏まえまして、事故後の検証や指導監督の部分について何か御意見がございましたらよろしくお願いします。

栗並委員 栗並です。お願いします。

まず、資料3で今回ガイドラインとマニュアルの調査研究ということで先ほど御説明いただきました。スケジュールとしては、この検討会の取りまとめが秋ごろということで、調査研究も秋ごろまでぐらいで終えてということをおっしゃっていたのですが、なかなかそうするとスケジュールとして厳しいのかなと個人的には思うので、調査研究は拙速ではなくて、必要な時間をとって丁寧にやってほしいと考えています。

この検討会としては、確かに秋ごろに取りまとめをするのですが、取りまとめの段階で検討会としては骨子までできていけばいいのではないかと私は考えるので、調査研究そのものは、場合によっては検討会取りまとめよりも後になっても構わないのではないかと思いますので、そのあたり、丁寧にされるような形でお願いしたいと思います。

資料3については以上です。

今回、また意見書を出させていただきまして、検証とか指導監督についても書きましたので、少し説明をさせていただきたいと思っています。

意見書、1番と2番に関しては、先ほどの論点の中で説明をしましたので、3番以降のところに触れていきたいと思っています。

まず、3番、検証のあり方についてですが、これは以前出したものと全く文言は変えていません。もう一度出しますということで、前回、法改正の必要性についてもいろいろな方から意見が挙がっていましたので、それについても積極的な対応をしていきたいということでお願いしたいと思います。

検証の進め方についても、通知に明記すべきということで、この点については、先ほど朝川課長のほうから、児童虐待の通知の前半しかまだこの資料には載せていないということでお話があったので、次回以降、検証に関してしっかり議論していくために、後半の部分についてもこの資料に載せていただいて、きちんとこの場で議論ができる形にさせていただきたいと思っています。

続いて、4番目です。指導監督のあり方についてですが、監査の実施要綱であったり、指導監督の指針について改正していくという点で、前回、いろいろな事故事例に関するヒアリングもありましたので、それを受けて意見を出させていただきます。

重大事故が発生した場合とか、または重大事故につながりそうな情報を得た場合に、速やかに自治体が現場に入れるような形で、要綱や指針においてしっかりと定義をしておくべきと考えました。

現行の要綱がどうなっているかというと、資料2 - 1の14ページですが、これが今の認可保育所に対する監査の実施要綱です。太い四角で囲んであるのが現在の通知文の抜粋でして、下線が引いてあるところの2個目、(2)特別指導監督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いうことで、こ

こが曖昧なので、もう少し具体的な形に書きかえられないかなということで、具体的な文章を提案します。

私が出した意見書のほうで、児童福祉行政指導監査実施要綱についての四角の2番目のところですが、特別指導監査というのは一体どういう場合にやるべきかということ、重大な事故が発生した場合、もう一つは、児童の生命、心身、財産に重大な機会が生じるおそれがあると認められる場合に、速やかに特定の事項について実施をすることという形で具体的に記述をすべきということで提案します。

実際、重大な事故が発生した場合には、もちろん特別指導監査に入るべきだし、そうでなくても、これから重大な事故に発展してしまいそうな場合に未然に食いとめるためにも、何かそういうおそれがあると認められる場合には、速やかに指導監査に入るべきだということで決めていったらいいのではないかと思います。

ただ、例えば骨折事故とかが起こった場合に施設全体をチェックするというのではなくて、例えば遊具に関して骨折事故が起これば、その遊具であったり、ほかの遊具も含めた施設の安全に関する部分だけ、特定の事項に関して実施するというような形で具体的に示していけば、そんなに負担の重いものではないのではないかと考えます。

そういった特別の指導監査に関しては、前回のヒアリングでは、事前通告をしないと現場に入れないのではないかという誤解があるという指摘があったので、そうであるならば、事前通告せずに実施することも可能である旨についても記述をすべきではないかと考えます。

その事前通告なくというところで一番初めの四角に戻りますが、定期の監査である一般指導監査、それから、こうした重大事故等の場合に入る特別指導監査のほかにも、適正な保育が実施されているかをチェックするために、通常の保育の実施に支障を及ぼさない範囲で事前通告なく入ることもできるということは明記していてもいいのではないかと考えます。

これらは、認可保育所に関する監査の実施要綱ですが、続いて、認可外保育施設指導監督の指針についてです。こちらは現行の文章がどうなっているかということ、資料としては17ページです。赤色の太線で囲ってありますが、特別立ち入り調査の対象ということで、下線が引いてある部分の1つ目です。

重大な事故が発生した場合、または利用者から苦情や相談が寄せられている場合等で、かつ児童の処遇上の観点から施設に問題があると認められる場合は実施することということで、結構限られるのではないかと考えました。

まず、意見書のところで 印で書いてあるのですけれども、利用者から苦情や相談が寄せられるとは限らない。ひょっとして近所の人から通報があるかもしれない。処遇上というのも定義が不明確でして、あとは問題があると認められる場合ということで、問題があるかどうかというのは、実際、立ち入らないとわからないと思うのですけれども、問題があると認められる場合にしか入れないので、それではなかなか自治体としては施設に入り

づらいと思うのです。なので、指針において、このような場合に立ち入り調査すること、とあるから立ち入り調査に来たのだ、と自治体が明示できるように、もう少し自治体が積極的に立ち入り調査しやすくなるような形に文章を書きかえたほうが良いと思うので、そういう形で改めるべきだということで提案をいたします。

最後に、事故情報データベースについてですが、今回、公表がされたので、意見書の3ページ、4ページですけれども、少し課題を整理してみました。課題ということで今からお話をするのですが、まず、運用開始から3カ月という早い段階で公表にこぎつけてくださった事務局には、すごく私としては感謝を申し上げたいと思います。公表してくれたからこそのいろいろな課題を指摘できるようになったので、本当に公表してくれてよかったなと思っています。データベースとしては、総括的な特徴としては、従来に比較すればいろいろな項目が公表されて前進はしたのだけれども、ただ、なかなかすぐに活用できるレベルとは言いがたいので、改善をしていく必要があると考えます。

具体的に前進した点としては、まだ十分とは言えないのだけれども、以下の点を誰もが把握できるようになりました。それは事故概要や事故の背景要因、施設が事故にどう対応したかという点です。これまでは、施設が事故にきちんと対応していなかったというような場合も被害者側の訴えによってしか出てきていなかったのだけれども、事故対応に問題のあるようなケースが公のデータとしてできたというのは意義があることなのではないかなと思います。

具体的に解決すべき課題としては、1番、データベースそのものの課題ですけれども、このデータベース、PDFで出てきていて、検索ができません。昨年度の報告件数は保育施設だけでも177件あって、このデータベースの対象は幼稚園も入ったりとか、ファミサポとかいろいろなものも入ってくるので、件数がふえた場合に1年でもなかなかPDFで出てくると検索や抽出が難しいのではないかと思います。事故概要欄の情報が不足していて状況が判然としない事例がありますが、これに関しては先ほど朝川課長がおっしゃった保護者の意向もあるのだなということが改めてわかりました。

これは一覧なので仕方がないのですけれども、配置図とか写真がなくて、例えばシーソーの事故があったのですけれども、では、どういうシーソーだったのかというところがわからないのでなかなか具体的な把握がしづらいということで、こうした問題に対して改善策としては、まずシステムを改善して検索とか抽出ができるようなシステムにしたほうが良いのではないかと思います。事故概要欄の記載については、本当に保護者の意向は尊重されるべきなので、そこに支障のない範囲でわかりやすい形で報告をしてもらえるように、報告を受ける国において自治体にその都度助言をしていただきたいなと思っています。

一覧表だけではなくて、個別の事例をカルテ形式でわかりやすく整理、解説したのも別途作成してもらったほうがよりわかりやすいのではないかと思います。これについては2番目のほうで説明します。

従前から指摘されていたような課題が解消されていないと考えました。データベースの中で見ていくと、施設側の報告を行政がそのまま記載したのではないと思われるような事例もありまして、例えばデータベースの3番目の事項ですけれども、要因分析欄のその他のところで、こんな大げがになって申しわけなく反省しているというような文章があって、これは自治体が分析した結果では絶対になくて、施設側の反省文でしかないと思うので、こんな反省文を共有しても私は仕方がないと思っています。

そういうのを見ていると、行政が調査しないで、この分析欄自体を施設に書いてもらって報告しているにすぎないのかなと思ったので、そこは改善が必要かなと思っています。本来は、施設側の報告を受けて行政が調査や分析をした結果を記載する様式だと考えています。第2回のプレゼンのときに、私の子どもの事故に関してお話をしたのですけれども、事故報告書に園が作成した顛末報告書がついていて、別紙顛末報告書のとおりというような報告の仕方だったので、そのときに申し上げたのは、様式そのものに問題があるというよりも、様式のまとめ方に問題があるのだということを上げました。ですので、これは先ほど議論していた事故発生時の対応マニュアルのほうで解消していくことが可能だと思うのですが、事故直後に行政がどうやって調査に入って、事故報告様式もどうやって記載していくのかということもマニュアルで明示してほしいと考えています。

2点目です。行政による分析には限界があるので、やはり専門家による検証が必要ということが考えられます。行政による分析をもとに速やかに改善を行っている事例もあるなと思うのですけれども、専門家による検証が必要だと思います。

データベースの中でいろいろ見ていくと結構多かったのが、事故を予見し、再発防止に努めるといったような抽象的な再発防止策が結構並んでいるのですけれども、予見できなかったから事故が起こってしまったわけで、こういう抽象的なことを書かれても、具体的にどうすればよいかわからないので、これも行政による分析の限界なのかなと感じました。

とは言っても、死亡事例に関しては全例が自治体にて第三者委員会で専門家による検証が実施される方向でこの検討会では検討が進んでいるのですが、骨折など死亡事例以外の事例まで同様の検証を行うことは現実的には困難だと思っているので、国に有識者で構成する検証会議を設置するという案になっているので、そこで以下のことを実施してはどうかと考えます。

まず、1番、死亡事例に関しては、検証結果を国で収集して検討を加える。

2番として、自治体で検証されていないけれども、国に報告があった骨折等の事例から、いくつか抽出して検証する。そうした結果について、1事例ごとに小児科学会の傷害速報というものを今回資料として意見書の後につけているのですけれども、これが写真とかもついていますし、具体的な形でコンパクトにまとまっていて、かつ、わかりやすいので、こういった形で一事例ごとにまとめるという役割を国の会議が負うことが必要なのではないかと考えます。自治体で丁寧に検証がされても、分厚い検証報告書を現場の一人一人が読んでいる余裕はないと思うので、こういったコンパクトな形で情報共有すること

を工夫していったほうが良いと考えます。

3番目です。新制度によって義務づけられたことが実施されていない事例が出てきています。これは先ほどガイドライン、マニュアルの説明の中で朝川課長がおっしゃっていた運営基準第32条のほうで、事故発生時の対応を記載した指針の整備であったり、事故発生時に市町村や子供の家族に連絡を行うことなどが義務づけられているのですけれども、データベースを見ていくと、マニュアルが未整備だった事例であったり、保護者に連絡がくれたとか、そういったところも出てきているので、このデータベースに出てくる施設に限らず、全国的な状況を見たときに、ひょっとしたら指針整備とか事故発生時の対応という義務づけられたことを行われる体制が整っていないのではないかと考えたので、これについては骨子の案にも載せていただいていたのですけれども、今回策定するガイドラインやマニュアルに関しては、運営基準32条で規定されているものに関して運用する際の標準的なモデルとして位置づけることで、義務づけられていることを実際どうやって具体的に運用していくのかということを示すことになり、各施設や事業はそういった義務づけられた対応をすることがしやすくなるのではないかと考えて提案をしました。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、今、栗並委員から、事故の検証や指導監督の部分のみならず、今後の事故発生予防のためのガイドラインに向けた調査研究の進め方についても御意見いただきましたので、これらも含めまして皆様方から御意見を伺いたいと思います。もし何かありましたらどうぞ。

山中先生、どうぞ。

山中委員 栗並委員からのお話に追加して少し意見を述べたいと思います。

予防を考えるためにはきちっとした実態、何が起こったかを確認しなければいけない。小児科学会の「傷害速報」は私が書いているのですが、ごらんになるとおわかりになりますように、起きた状況がはっきりわかるようになっているのです。例えば事例の1を見ますと、私からすると情報不足なのです。3歳の女の子の身長は何センチだったのか。馬型の遊び道具だったようだけれども、その高さは何センチだったのか。落ちた場所はコンクリートだったのか、あるいは砂だったのか、そういう基本的な情報が欠落しているのです。予防のためにはこのデータベースだと遊び方を変えようということのようですが、ひょっとすると馬型の遊び道具から滑り落ちやすいような状況があったかもしれない。医療機関に行ってからいろいろな情報も必要です。ですから、全ての事例で医療機関と連絡はとれないかもしれませんが、少なくとも死亡例に関しては医療機関の情報を入れないと、きちっとした検証ができないと思います。

一番最後に提示された例は窒息というので何だろうと見ましたら、ここには潰したカボチャと書いてあります。この場合は潰したカボチャのサイズが知りたいです。そのために

は写真を撮って、その場合は物差しを置いて写真を撮り、どれを口に入れていたのか。0歳児とありますけれども、何カ月の子どもだったか。10カ月の子どもで、例えば小指の太さを計測しておけば気管の大きさがわかります。どういう状態で窒息したのか、ここに記載されているものでは予防を考える情報が欠落しているのです。これは多分ある程度経験を積まないとわからないと思います。

「傷害速報」も、これを読めばよくわかるかもしれませんが、主治医が送ってきた情報はとても不足しています。何度も主治医とやりとりしてつくったのがこの情報です。コメントは私が書いているのですけれども、写真もあるとないとでは大きな違いがあり、それがあれば企業とか行政の方もきちっと認識していただける。きちんとした情報をとるためには、いろいろなやりとりをしながら、事例を積み重ねていかないといけないと思います。今回のようなデータベースを出しても、その辺の情報がないために予防につながらない。

専門家が、その子どもの身長は？遊具の高さは？とか、写真を送れとか、いろいろな要求をしないと、送られてきたものだけを載せていたのでは検討することができない。少なくとも死亡例に関しては、専門家が入ってかなり厳密に情報をとらないと、現場だけの情報をもって検証ができるとはとても思えません。医者からもらう情報も非常に欠落データが多いのです。それが現実です。

窒息と言っても、カボチャは、どれぐらいの大きさで、どういう料理状態で、非常に生に近かったのか、ぐしゃぐしゃだったのか。それから、入院した後に、どこから、例えば気管からカボチャがどういう状態で吸引できたか、吸引できなかったのか。あるいは吐かせたときにどうだったかとか、細かいデータがないと困るわけです。「こういう例があったからカボチャをやめよう」ではなくて、カボチャがどういう状態だったから窒息を、どういう月齢の子に与えたから窒息したという情報が必要だと思います。検証は経験とか専門的な知識がなければだめなので、現場だけに情報を要求しても実際は不可能だと思うのです。

年間に厚労省が把握している保育下の死亡は十数例です。少なくとも死亡例に関しては、医療機関にもきちっと問い合わせに行って、いろいろな資料、例えばレントゲンとか、血液のデータとか、いろいろなものをもらいながらまとめなければ多分予防までうまくいかないのではないかと思います。医療機関の情報も含めたところまでお考えいただいたほうがきちんとした予防につながる検証になると思います。

前田座長 ありがとうございます。

そのほかに皆様ございませんでしょうか。

どうぞ。

宮下委員 調査研究の進め方の中で、下のところにアンケート調査というものが書いてございますけれども、先ほどからビデオ等の記録のことも委員の中でもさまざまな立場の方からさまざまな意見が出ております。そういう意味でも、アンケートの項目の中にビデ

オの活用状況やその有効性、問題点について問うものを入れるというのも1つの考えではないかなと思っております。

前田座長 ありがとうございます。このアンケートは保育施設に行うのですね。

朝川課長、アンケートはどのように読めば。

朝川保育課長 そうです。

前田座長 ほかに何か、せっかくですので、どうぞ。

小原委員 データベースについて質問ですけれども、先ほど保護者の方の同意がとれないものは公表していないのが1件あるし、さらに、ここの4番目の事例は中身が公表されていないということでした。最終的に「載せないでほしい」という事例は挙がってこないということでしょうか。その場合は、つまり1行がまるごとないということになりますか？それに加えて、同意がされないケースも、一応データとしては持っていて、調査研究のときに、公表はしないデータも含めて調査研究されるのでしょうか。その辺の認識をもう少し教えてください。

朝川保育課長 保護者の同意が得られないケース、未経験のところもあるので言い切れないかもしれませんが、基本スタンスは全ケース、データベース化はする。保護者の意向にかかわらずです。ただ、載せる内容を絞ることで工夫するというのを基本線にしたいと思っています。なので、載せないということは基本的にしないつもりでやっていきたい。やっている過程でどうにもならなくなるケースがもしかしたら出てくるかもしれませんが、そういうスタンスでやっていきたい。

あと、公表と公表しないデータベースのところは差が生じるのは生じると思いますので、それは検証委員会がもし今後立ち上がったときに、それは活用可能なようにしていくのが適当ではないかと現時点では思っています。

前田座長 ありがとうございます。

残り時間、短くなってございましたが、最後に皆様これだけという御意見、ぜひどうぞよろしくお願いします。いかがでいらっしゃいますか。

どうぞ。

櫻井委員 先ほどのビデオカメラの件に戻ってしまうのですが、実は近ごろ県からAEDを各保育所に設置しているかというアンケートがありまして実際に調査をしてみましたところ、やはり新設の保育所には既にビデオモニターとか、AEDとかが設置されています。さらには、私どものところは宮城県ですので、大きな地震が来たということで、緊急地震速報の受信端末なども設置しています。ところが、古い保育園になっていきますと、ビデオカメラはもとより、AEDなども設置されていないところも多くあります。先ほど危機管理のための体制を整備する補助金があればすごくありがたいというお話も出ましたけれども、我々自治体としても、こうした補助金の新設されれば、危機管理体制も向上するのではないかなと思うので、ぜひ、要望させていただきたいと思います。

2点目ですが、これは本当に初歩的なお話で申しわけないのですが、今回、ガイドライ

ンと対応マニュアルを別々につくるということですが、私どもの町で作成しているマニュアルでは2つが一緒になっています。予防的な危機管理を位置付けるとともに、何か起きた場合に即座に対応するべき内容もマニュアル内に網羅しています。今回これを2つのマニュアルに別々に分けて作成する経緯についてぜひ聞かせていただきたいと思います。よろしくお願ひしたいと思ひます。

前田座長 朝川課長、お願ひします。

朝川保育課長 この検討会の初期までさかのぼって思い出していただくと、もともこの議論を始めたときは、認識が事務局側に不十分だったということもありますが、予防ガイドラインをつくりましょうということで始まったのです。この検討会をやっていく過程で、それだけではなくて、事故発生直後の状況を客観的にとっておくということ自体が難しい課題なので、事故発生時のマニュアルも重要だという話をいただいたので、では、それもやりましょうということでやるという方針になっているのですが、そのときに、これは形式がどちらでもいいのですけれども、性格が違ふかなと思ひて今2本立てにしていますが、研究も一緒にやっていくことにしていますので、もし一緒にしたほうがいいものになりそうだったら、一緒にしても構わないと思ひています。

前田座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

それでは、先ほど朝川課長からも、今お話もございましたけれども、ひとまず私どもの委員会ではガイドラインとマニュアルに関する、この点が重要だと骨子の御意見、皆様からいただきました。もし、今日言い足りない点がございましたり、何かお気づきの点がございましたら、事務局のほうにメールやお電話でお知らせください。

栗並委員から、そんなに急ぐも必要もないという御意見もございましたけれども、また調査研究のほうでいろいろ対応していただきます。それを見て、私どもがこういうところを強めてほしいとか、こういうところはどうなっているのかということもキャッチボールしながら作っていければと思ひますので、調査研究の進め方もこのとおり進めさせていただいて皆さんよろしいでしょうか。

それでは、委員の皆様方よりさまざまな御意見をいただきました。3～4分ございませうけれども、皆さん、これだけはとか、または言い忘れていたということはございませうでしょうか。よろしいですか。

今日は貴重な御意見を数々いただきまして、どうもありがとうございました。

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、4つの検討課題に係る残された論点についてさらなる検討を行うとともに、最終取りまとめを視野に入れた集約を図っていきたくと思ひます。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きますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

どうもありがとうございました。