

# 教育・保育施設等における重大事故防止策を考える 有識者会議（第1回）

平成28年4月25日（月）10時30分から12時00分まで  
於：中央合同庁舎第4号館4階共用第4特別会議室

## 議 事 次 第

1. 開会
2. 委員紹介
3. 議事
  - (1) 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について
  - (2) 今後の検討について
  - (3) その他
4. 閉会

### [配布資料]

- |       |   |
|-------|---|
| 資料1   | 開催要綱  |
| 資料2   | 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について                     |
| 資料3   | 教育・保育施設等における事故報告及び事故情報データベース                          |
| 資料4   | 重大事故の再発防止のための検証と事故防止等のためのガイドライン                       |
| 資料5   | 「教育・保育施設等における事故報告集計」の公表及び事故防止対策について<br>(平成28年4月18日公表) |
| 資料6   | 有識者会議における今後の検討について                                    |
| 参考資料1 | 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について(最終取りまとめ)            |
| 参考資料2 | 特定教育・保育施設等における事故の報告等について                              |
| 参考資料3 | 教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について                   |
| 参考資料4 | 教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドラインについて              |

○竹林参事官 それでは、定刻になりましたので、第1回「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議」を開催いたします。

本日は、お忙しい中をお集まりいただきましてどうもありがとうございます。私、内閣府で子ども・子育て支援担当参事官をしております竹林と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日は第1回の会議となりますので、開催に当たりまして子ども・子育て保本部統括官の武川より御挨拶申し上げます。

○武川統括官 皆さん、おはようございます。統括官の武川でございます。週明けの早朝からありがとうございます。第1回目でございますので御挨拶申し上げます。

昨年4月より施行されました子ども・子育て支援新制度は、質の高い子育て支援を全てのお子さまと御家庭に届けるということを目的として施行させていただいたところがございます。子ども・子育ての中で画期的な安定財源を確保して施行するという一方で、順調に進んでいると思っておりますが、昨今、重大事故の発生防止に高い関心が寄せられているというのはマスコミ等でもございますし、国会等でも議論になっております。新制度におきましては、施設及び事業者は事故の発生、再発を防止するための措置、事故が発生した場合における市町村、家族等への連絡等の措置を講じるということにさせていただいております。

内閣府といたしましては、その具体化のために一昨年の9月、「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」を設置し、多くの先生方にも御参加いただきましたが、文科省、厚生労働省と連携しながら、事故情報の集約のあり方、分析、フィードバック、公表のあり方、指導・監督のあり方等の議論を重ねまして、一昨年の11月に中間取りまとめ、昨年の12月には最終取りまとめを行っていただきました。この取りまとめに基づきまして、ガイドラインを地方自治体に通知し、事故の防止や発生防止に取り組みの強化を図ってきたところでございます。

一方、先週の18日には事故防止の報告結果の公表を行いましたけれども、昨年1年間で残念ながら死亡事故が依然として14名ございました。私どもとしては、この事態を重くつらい事態ということで重く受けとめておりまして、やはり保育の観点からは、子どもの命、安全を第一にという制度設計をさらに一歩前に進める必要があると考えております。

本日お集まりいただきました有識者会議の先生方をお願いしたいことは、子どもや子どもに向き合う現場の視点を持ちながら、教育・保育施設の重大事故を防ぐために、1. 事故報告に基づく傾向分析、2. 検証報告を踏まえた再発防止策の提言、3. 事故情報データベースのさらなる充実について積極的な御議論を賜りたいと思っております。何とぞよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

○竹林参事官 ありがとうございます。

続きまして、本日御出席の委員の皆様を御紹介させていただきます。本会議の委員名簿は資料1の別紙として、皆様のお手元にお配りしてございます。また、座長につきまして

は、委員の皆様にお伝えしておりましたけれども、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において座長を務められました甲南大学教授の前田正子先生にお願いしたいと存じます。

それでは、前田先生、一言御挨拶をお願いいたします。

○前田座長 皆様、おはようございます。ただいま御紹介いただきました前田でございます。微力ではございますが、本有識者会議の座長を務めさせていただきます。どうぞよろしくをお願いいたします。

御存じのとおり、新制度の発足に当たりまして、この検討会では重大事故の報告、またはデータベースの公開などもまとめさせていただきました。しかし、残念ながら、統括官からもお話がございましたとおり、昨年度、死亡事例を含めます幾つかの重大事故が発生しております。保育施設が互いに学び合い、子どもたちの健やかな育成環境を守るために、皆様方によいお知恵をいただいて、子どもたちの健やかな成長を守っていきたく思いますので、どうぞ委員の皆様方の積極的な御助言、アドバイスを何とぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、どうぞよろしくをお願いいたします。

○竹林参事官 どうもありがとうございます。

引き続き、この名簿に従いまして、五十音順にて御紹介させていただきますので、よろしければ簡単に御挨拶いただければと存じます。

まず、美晴幼稚園園長、東重満様。

○東委員 おはようございます。全日本私立幼稚園連合会からの推薦でこの会議に参画させていただきます、札幌の美晴幼稚園の東と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。

○竹林参事官 続きまして、ゆったりーの運営委員会代表、小原聖子様。

○小原委員 おはようございます。小原と申します。NPO法人ゆったりーのという、保育園や幼稚園に入園する前の主に親子で遊びに来られる場所を運営しておりますが、私自身が保育園の父母として長く子育てしておりましたこともありまして、どちらかという保護者の立場で入らせていただいているかなと思います。どうぞよろしくをお願いいたします。

○竹林参事官 続きまして、公益社団法人全国私立保育園連盟副会長、川下勝利様。

○川下委員 おはようございます。御案内いただきました保育施設ということで、今回入らせていただきます。全国私立保育園連盟の川下です。施設自体は東京の足立区というところで保育所の運営をしております。どうぞよろしくをお願いいたします。

○竹林参事官 続きまして、碧南市認可保育所死亡事故被害児童の親でいらっしゃいます栗並えみ様。

○栗並委員 おはようございます。2010年に愛知県碧南市の認可保育所で我が子を亡くした経験から、この会議に参加させていただいております栗並です。第1次の検討会に引き続きの参加ですので、第1次のほうで検討した事項をこちらでも引き続き検討してまいりたいと思っております。よろしく申し上げます。

○竹林参事官 続きまして、宮城県利府町子ども支援課長、櫻井やえ子様。

○櫻井委員 私は、昨年から引き続き委員を委嘱いただいたわけですが、おそらく全国の自治体の代表ということで参加させていただいていると思います。

利府町という場所ですが、宮城県は被災地の一つにはなっておりますが、昨年度厚労省の国勢調査がありましたけれども、東北で4番目の人口増加率で、5年間で約1,800人の人口が増えている数少ない人口増加の町です。仙台のベッドタウンということもあり、現在も保育所の整備が本当に必須状態になっておりまして、これからもこのような会議でいろいろな勉強をさせていただければと思っております。よろしくお願いたします。

○竹林参事官 続きまして、NPO法人家庭的保育全国連絡協議会会長、鈴木道子様。

○鈴木委員 おはようございます。NPO法人家庭的保育全国連絡協議会の鈴木でございます。

家庭的保育は3歳未満児を対象にした保育をしております、特に睡眠中の保育については十分に未然に事故を防ぐための取組等を図るように周知をしているところでございます。

今日は、協議会のほうから推薦を受け、第2次としての検討会に参加させていただいております。どうぞよろしくお願いたします。

○竹林参事官 続きまして、大阪府立大学教授、関川芳孝様。

○関川委員 大阪府立大学の関川でございます。重大事故のガイドラインづくりに参加させていただきました。

大学での専門は社会福祉法制度について研究しています。社会福祉法人の経営であったり、事業の運営管理の問題に関心を持っております。特にサービスマネジメントという点では、第三者評価であったり、苦情解決であったり、そしてリスクマネジメントを主たる専門にしているところでございます。

幸い、『保育の友』で連載する機会を10年ほどいただきまして、保育所の事故について連載をさせていただいております。また、現在、堺市の市立保育所の保育士さんたちと月1回リスクマネジメントの研究会を設けて、具体の事故の検討であったり、検証であったり、対策の検討をさせていただいているところでございます。

微力ではございますけれども、よろしくお願いたします。

○竹林参事官 続きまして、東京工科大学客員教授、田中哲郎様。

○田中哲郎委員 おはようございます。小児科医の田中哲郎でございます。

以前より子どもの事故には関心を持っております。保育と申しますと、就労支援で親の立場から施策が考えられることが多いようですが、子どもの視点から考えていく必要があると思います。子ども達の安全が守られるように与えられた仕事を一生懸命行いますので、どうぞよろしくお願いたします。

○竹林参事官 続きまして、一般社団法人日本こども育成協議会副会長、田中弘美様。

○田中弘美委員 御紹介いただきました一般社団法人日本こども育成協議会の副会長をさせていただきます田中と申します。

私どもの協議会は10年ほど前に発足いたしました。当初は東京都認証保育所A、B型である企業立の保育所、東京都保育室として今まで小さな保育所をしていた方たちがスタートのメンバーでございました。今は社会福祉法人や企業立の認可保育所など1,300を超える施設が会員で、さまざまな団体、事業の主体の方たちが一緒にいろいろなことを研修したり、園長研修、保育士研修、そしてまた事業者のリスクマネジメントの研修等に力を入れております。

私自身は、公立の保育士から始まって、2年前に東京都認証保育所の園長としての現場を降りまして、今は保育顧問という形で、弊社の運営しております3つの認証保育所と、地域に開かれたカフェと合流した学童保育の現場で子どもたちと関わっています。どうぞよろしくお願いいたします。

○竹林参事官 続きまして、東京都福祉保健局少子社会対策部保育支援課長、富山貴仁様。

○富山委員 東京都福祉保健局保育支援課長の富山と申します。どうぞよろしくお願いいたします。この4月から、前任の西尾を引き継ぎまして、こちらのほうでいろいろとお話をさせていただけることになりました。

東京都におきましても、多くの待機児童を抱えている中で、積極的に保育施設等の整備を進めていかなければいけないわけですが、そういった中でも保育の質というものをいかに高めながらそういった整備を進めていくかというのは非常に大きな課題となっております。そういった点で、事故防止については積極的にこちらとしてもいろいろな情報を発信していきたいと思っておりますので、ぜひともどうぞよろしくお願いいたします。

○竹林参事官 続きまして、松戸市こども部幼児保育課指導監・新松戸南部保育所長、二宮昭子様。

○二宮委員 おはようございます。私は現在、松戸市の公立保育所の所長をしております。以前は市のほうの保育行政にも携わっておりました。その際には、ちょうど折しも学校給食でアレルギーによる死亡事故が起こった時期でありましたので、危機管理研修ということで、公立の職員、私立の保育園の職員も出席できるような研修の予算の確保とか企画等も行っておりました。

このところ、待機児童、それから保育士不足の問題など、そこからつながって保育の仕事が今までになく注目をされています。多くの子どもたちの命を朝から夜までお預かりする仕事の重みが社会的に理解されることによって、保育の量の確保とともに保育の質の向上の対策にも目が向かれていくことを願っております。

今回の会議では、保育現場で管理、運営する立場として、意見を反映させながら、安心・安全な保育の提供につながるようにしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○竹林参事官 続きまして、中央大学法科大学院教授、升田純様。

○升田委員 升田でございます。よろしくお願いいたします。

私、大学では損害賠償などの民事に関係する法律を専攻しておりますし、弁護士もやっ

ているのですけれども、この会議では法律といたしましても事後的な損害賠償の場面ばかりになりますものですから、どうも話の流れに乗り切れないところがありますけれども、ひとつよろしく願いいたします。

○竹林参事官 続きまして、緑園こどもクリニック院長、山中龍宏様。

○山中委員 小児科医の山中です。前回の委員会にも参加させていただきました。

残念ながらデータを見ると、毎年保育管理下ではある一定の数の死者は出ているのですね。今後も必ずそういう状況が続くと思います。今までは事故の状況がわからなかったものが、データベース化されてわかるようになりました。しかし、予防に結びつけることは非常に大変なことで、この委員会でぜひ予防に具体的に結びつけられるようなものにしていただければと思っています。よろしく願いいたします。

○竹林参事官 どうもありがとうございます。

続きまして、政府側の出席者を御紹介させていただきます。

まず、内閣府ですが、子ども・子育て本部統括官、武川でございます。

子ども・子育て本部審議官、中島でございます。

認定こども園担当参事官、三谷でございます。

子ども・子育て支援担当企画官、川鍋でございます。

子ども・子育て支援担当参事官補佐、岡田でございます。

続きまして、文部科学省でございますが、初等中等教育局幼児教育課幼児教育企画官、成松でございます。

続きまして、厚生労働省の雇用均等児童家庭局保育課長、朝川でございます。

雇用均等児童家庭局保育課企画官、楠目でございます。

それでは、カメラの方々はこちらで御退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○竹林参事官 続きまして、お手元の資料の確認させていただきます。

本体資料につきましては資料1から6まで、参考資料につきましては1から4までございますけれども、漏れなどはございませんでしょうか。

特によろしければ議事に入りたいと存じます。今後の議事進行につきましては、前田座長にお願いしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○前田座長 それでは、議事次第に沿って議事を進めさせていただきたいと思っております。

まずは事務局より、本有識者会議の開催要綱と、これまでの教育・保育施設等の事故に関する取組について説明をお願いいたします。

○竹林参事官 事務局でございます。私のほうからまず資料1から5まで通しで説明させていただきます。

最初に資料1、この有識者会議の開催要綱でございます。

「1. 趣旨」でございますが、昨年12月に取りまとめいただきました教育・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における検討を踏まえまして、国において

重大事故の再発防止策について検討を行うためにこの会議を開催するという記事を記載しております。

「2. 構成」でございますが、(1)ですけれども、この会議は別紙に掲げる方々、すなわち今し方紹介させていただきました皆様で今後の検討を進めてまいります。

(2) 有識者会議に座長を置くということですが、座長は前田先生にお願いしてまいります。

(3) と (4) では、委員の追加でございますとか、関係者の出席について定めてございます。

続きまして、「3. 主な検討課題」でございますが、昨年末の検討会での取りまとめを踏まえて記載しておりますけれども、これについては後ほど資料6でさらなる詳細について説明させていただきたいと思っております。

「4. 庶務」でございますが、有識者会議の庶務は文部科学省幼児教育課、厚生労働省の保育課の協力を得まして、私ども内閣府子ども・子育て本部において処理をしてまいります。

「5. その他」でございますが、(1)にございますとおり、有識者会議は原則公開といたしますけれども、座長が必要と認める場合はその全部または一部を非公開とすることができるなどとしてございます。

以上が資料1でございます。

続きまして、資料2でございます。こちらが昨年12月に取りまとめをいただきました検討会における検討についての概要でございます。

まず、「1. 背景」でございますが、2つ目の○にございますように、平成26年6月の子ども・子育て会議において、特定教育・保育施設等の重大事故の発生・再発防止について行政の取組のあり方などを検討すべきとされたことが検討会開催のきっかけになっております。

「2. 検討会議題」でございます。平成26年9月から検討会での議論を開始いたしまして、そこでは①重大事故の情報の集約のあり方、②集約した情報の分析、フィードバック、公表のあり方、③事故の発生・再発防止のための支援、指導監督のあり方について御議論をいただきました。

そして、3にありますとおり、26年11月には中間取りまとめをいただきまして、その中で重大事故の集約範囲・方法・公表のあり方について取りまとめられました。その具体的な中身は、後ほど別の資料3という資料で御説明いたします。

下のほうの4でございますけれども、昨年12月に最終取りまとめをいただきまして、ここでは事故の再発防止、予防のためのガイドライン、あるいは事故発生時の対応マニュアルの作成などについてお取りまとめいただきましたが、これは後ほど資料4のほうで御説明させていただければと思います。

資料2は以上でございます。

続きまして、資料3「教育・保育施設等における事故報告及び事故情報データベース」でございます。これらにつきましては、先ほど申し上げましたとおり、一昨年11月の検討会の中間取りまとめを踏まえまして、事故報告の仕組み、これにつきましては①で書いてありますが、地方自治体宛ての通知で既に明確化をしておりますし、②でございますが、事故情報データベースにつきましては、昨年の6月末から内閣府ホームページで公表を開始しているところでございます。

まず、①の事故報告の仕組みについてでございます。1つ目の○、報告対象となる施設・事業者の範囲ということでいきますと、ポツが4つありまして、上の2つは新制度の給付の対象になります幼稚園とか認可保育所、認定こども園、小規模保育事業などのことでございます。3つ目のポツは、地域子ども・子育て支援事業の中で一時預かりや放課後児童クラブなどの事業が対象になりますし、4つ目のポツでございますが、認可外保育施設、認可外の居宅訪問型保育事業、こういったものが対象ということでございます。

次に、2つ目の○でございますが、報告の対象となる重大事故の範囲としましては、死亡事故、それから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で、ここには意識不明の事故を含むとなっております。

それから、3つ目の○、報告期限についてですが、第1報は原則事故発生日、遅くとも翌日、第2報、これは事故発生の要因分析などの情報を含むものでございますが、こちらは原則1か月以内ということでございます。

それから、一番下、報告のルートでございますけれども、2つありまして、1つ目のポツは、認可外保育施設など以外につきましては、まずは市町村に報告をいただいて、都道府県経由で国に情報が到達する。認可外の保育施設などにつきましては、都道府県に報告をして、そこから国に情報が到達するというルートになってございます。

次のページでございますけれども、こちらが②事故情報データベースでございます。1つ目の○でございます。データベースの公表対象は、原則として自治体からの第2報以降の事故報告ということでございます。2つ目の○ですが、プライバシーに配慮する観点から、個人情報ですとか、施設などの名称・所在地など、事案の特定につながる情報は掲載しない取扱いですし、また自治体を通じて保護者などの了解を得ているもののみを掲載している。こういう取扱いになってございます。それから、4つ目と5つ目の○でございますけれども、データベースの掲載頻度はおおむね四半期ごととしておりまして、昨年6月末に内閣府ホームページへの掲載を開始しまして、その後、9月30日、12月28日、今年の3月31日という形で更新をしております、現時点で461件を掲載してございます。

データベースに掲載されている項目でございますけれども、ここに列挙されているとおりでございますが、発生時の体制でございますとか、事故の概要、事故発生の要因分析、こういったものがデータベースの中で掲載されているものでございます。

資料3につきましては以上でございます。

続きまして、資料4「重大事故の再発防止のための検証と事故防止等のためのガイドラ



イン」でございます。これにつきましても、昨年12月の検討会の最終取りまとめを踏まえまして、昨年度末に地方自治体宛てに通知をしまして、施設・事業者に周知をしているものでございます。

まず①の地方自治体における検証についてでございますけれども、1つ目の○にございますように、検証の実施主体につきましては、幼稚園、保育所、認定こども園、地域子ども・子育て支援事業などについては市町村、認可外保育施設などについては都道府県ということでございます。2つ目の○、検証の対象範囲については、死亡事故、意識不明など地方自治体において検証が必要と判断した重大事故としております。3つ目の○にございますように、検証は外部の委員で構成する検証委員会というものを設置して実施することとしておりまして、4つ目の○でございますが、検証の報告につきましては、検証委員会が検証結果を踏まえて、具体的な方策について自治体に対して提言を行い、自治体のほうでは検証結果、提言を盛り込んだ報告書を公表して、国に提出する、このような形になっております。

それから、ページの下段、②事故防止等のためのガイドラインでございますけれども、このガイドラインの構成としましては、事故防止のための取組につきましては、1つ目の○の施設・事業者向けと、2つ目の○、地方自治体向け、こういう形で別立てにしております。3つ目の○、事故発生時の対応につきましては、施設・事業者、地方自治体向け共通ということで、3部構成となっております。

1つ目の○の事故防止のための取組、施設・事業者向けにおきましては、重大事故が発生しやすい場面、例えば睡眠中、水遊び中、食事中、こういった場面ごとの注意事項などについて記載しておりますし、2つ目の事故防止のための取組の地方自治体向けのほうでは、施設・事業者との連携体制の整備でございますとか、研修、指導監査等の実施について記載をしております。また、3つ目の事故発生時の対応につきましては、事故発生時の段階的な対応ということで、例えば状況の記録とか、保護者の方々、報道機関への対応といったことまで含めて記載をしております。

以上が資料4でございます。

続きまして、資料5でございますけれども、これは先日、公表いたしました平成27年分の教育・保育施設等における事故報告件数についてでございます。カラーページをおめくりいただきまして、1ページ「1. 事故報告概要」をごらんいただければと思います。

先ほど御説明しましたとおり、昨年4月から事故報告制度が見直された関係で、基本的には平成27年4月1日から12月末までの事故報告について集計をしておりますけれども、（注）とあるところがございますように、認可保育所、認可外保育施設、放課後児童クラブにつきましては、それ以前もほぼ同様の形で件数を集計してきておりますので、時系列に比較ができるように、平成27年1月1日から12月31日までの間に報告のあったものを集計しております。同じページの下の方表が全体の件数でございますけれども、全体としては事故件数627件で、うち「死亡」と書いてある行がありますけれども、合計14件というこ

とでございます。

次に、2ページ以降に施設や事業の種類別の件数など、もう少し細かい情報がございます。2ページのやや右寄りに「死亡」という欄がございますけれども、これを施設、事業ごとに見ていきますと、下のほうに認可外保育施設を、これは地方単独保育施設とその他の認可外保育施設に分けておりますが、1件と9件で合計10件でございます。それ以外では、上のほうに戻りますけれども、幼保連携型認定こども園で1件、認可保育所で2件、小規模保育事業で1件ということになっております。

続いて、3ページ目でございます。これは年齢別に事故の状況、発生件数を見ているものでございますけれども、下のほうに年齢別の総数があり、括弧内の数字が死亡事故の件数でございます。死亡事故に関しましては3歳児以下に集中しておりまして、その中でもゼロ歳児が7件と多くなっております。

5ページ目に飛んでいただきまして、まず上の表が主な死因でございます。SIDS、すなわち乳幼児突然死症候群が2件、窒息1件、病死2件、溺死1件などとなっております。その下の表でございますけれども、事故発生時の状況といたしましては、睡眠中10件、食事中1件などとなっております。

6ページ目は、保育施設などの死亡事故の事故件数の経年推移をお示ししておりますので、ごらんいただければと思います。

7ページ目以降ですが、ここでは件数の情報とともに、先ほど御説明いたしましたガイドラインの内容から、特に重大事故が発生しやすい睡眠中、プール活動・水遊び、そして食事中の注意事項について抜粋して記載しまして、この機会を捉えての注意喚起を行ったところでございます。

資料5まで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、ただいまの説明につきまして、御質問などがございましたらお願いいたします。山中委員、どうぞ。

○山中委員 この委員会ですけれども、任期はどうなっているのですか。どこにも書いてありません。この委員会の権限も含め、何をするとところなのかがよくわからないのですが、少なくとも任期についてはどこにも記載がないようです。いつまで、どういう体制でやるのですか。

○竹林参事官 確かに何年ということはないのですけれども、この会議自体が今後期限を定めずに、データベースの分析でございますとか、あと自治体から、本当は上がってこないほうがいいのですけれども、上がってきてしまうであろう事故の検証結果に基づきまして事故防止の再発策を継続的に議論していただくという場でございますので、そこは先生方の御都合でいろいろあるかと思いますが、その都度、任命等の必要な対応をしていくということで、今のところは特に任期を定めているものではございません。

権限でございますけれども、何かを決める場というよりは、今申し上げたような形で、

再発防止策に寄与するようなアウトプットを出していただいて、要は政府に対する提言といった形、あるいはガイドラインを今出したところでございますけれども、現時点で完璧なものできているということでもないと思いますので、今後起こってくるさまざまなこと、あとデータベースや検証結果から得られる新しい知見を盛り込んでいくべきだというようなことになってくれば、それを踏まえてガイドラインを改正するのだと思いますが、ガイドラインの改正の権限をこの会議が持つということではありませんが、それに向けた御指摘、御提言を賜るような場というふうに理解をしてございます。

○山中委員 もう一ついいですか。検証というのは、現場でといいますか、各地域ですということですね。この委員会では検証結果を検討することはあるけれども、検証はしないということですか。ただ、地域で検証といっても、それだけたくさんの専門家がいるわけではなく、地域の委員会がうまく動くかどうかはわからないのですけれども、国の組織では検証はしないということですか。

○竹林参事官 まず、地方自治体における検証というものが、個別の起こってしまう事故に対する詳しい検証ということになります。それが国に報告されてきますので、私どもはそれをある意味横断的に見て、全国的な傾向でありますとか、得られる知見をここで御議論いただいて、それを横展開というか、外に出していくということだと思しますので、自治体のほうで検証されたものをさらに再検証みたいな、そういった形の検証ということは基本的には想定しておりません。

○前田座長 ほかに御質問はございませんでしょうか。どうぞ。

○小原委員 小原です。

公表された事故の報告の集計の数字なのですけれども、これなどを見て傾向分析を私たちが行っていくという認識でよいのかということと、既に簡単な傾向分析が1ページ目に書いてあると思うのですけれども、これはどなたがされたのか。今後膨大な数字などが出てきて、私などはかなり素人なので、どういうふうに解釈していったらいいのか。分析をこの場でやっていくのか、一定の何か専門家が分析してくださったものを見て私たちが意見をしていくのか、を教えてください。

○前田座長 今の小原委員の質問は、今から事務局が説明の準備をしておりますこの会議の今後の検討内容にかかわりますので、まず皆さんに御説明していただけますでしょうか。お願いします。

○竹林参事官 それでは、資料6「有識者会議における今後の検討について」という簡単なペーパーでございますけれども、用意をさせていただきましたので説明いたします。

有識者会議の検討課題については、昨年末の検討会での最終取りまとめを踏まえまして、既にざっくりとは先ほどの資料1の開催要綱には書いてございますが、それを少しブレークダウンをしてみたのがこの資料でございます。

今、小原委員のほうから御質問がございましたけれども、まさに有識者の皆様方、この検討会議においては今後この場で重大事故の再発防止策について御検討いただきたいと思

っておりますけれども、御検討いただく上では、そのための材料というか、素材というか、そういった情報が必要になるわけがございます、その1つ目が①でございますけれども、事故報告、それからそれを公表する事故情報データベースの情報であろうと思っております。

事故情報データベースにつきましては、もちろん件数も出てくるわけがございますけれども、件数の把握そのものというよりは、再発防止策に役立てることを目的として構築をされたものということでございますので、これをできる限り有効に活用していく必要があると考えております。したがって、①でございますとおりに、次回以降、データベースに掲載されている情報の分析を進めていければと考えております。

その進め方につきましては、委員の先生方に今後何らかの形でデータベース掲載情報をごらんいただきまして、御見解を御披露いただくようなことができないかと思っておりますが、そうしたことも含めてどういう進め方をしていけばよいか、御意見を頂戴できれば幸いです。

次に、②でございます。御検討のベースになるもの、材料となる情報、2つ目は今後自治体で行う検証の結果ということになるかと思っております。言うまでもなく、死亡事例などにつきましては、できれば今後発生しないのが一番よいのですけれども、不幸にして発生してしまった場合には、その結果はしっかり検証して再発防止に役立てていかなければならないと考えております。

ただ、自治体での検証にはそれなりの時間もかかると思われますし、先ほど御質問にもありましたけれども、検証結果が1つ上がってくるたびに、それをまた検証するというのではなくて、複数の検証結果をまとめて横断的に分析するような形になるのだらうと思っておりますので、この検証結果の実際の分析作業に着手するまでにはそれなりの時間がかかるのかなと思っております。

したがって、当面、複数の検証結果について横断的な分析を、効果的、効率的に実施するための環境整備を行うといったことを想定してございます。具体的には、自治体からの検証報告の中で、ここでの分析の対象とする事例の選定方法でございますとか、複数の検証報告に基づいて、同じフォーマットで概要資料を作成した上で分析に取りかかるということを想定するとすれば、そのフォーマットをどうするか、こういった作業から取りかかることとしてはどうかと考えておりますが、最終的にはそうした分析結果を踏まえて再発防止に係る提言まで持っていく必要があるというのがこの会議のミッションということだと思います。

それから、その次の③でございますけれども、先ほど申し上げましたとおりに、データベースに掲載されている情報をベースにした分析を有識者の先生方にぜひお願いしたいと思っております。データベースにつきましては、先ほど項目がこんなふうになっておりますと御紹介いたしましたけれども、例えばこういう項目の設定で十分なのか、あるいは情報の検索がしやすいのかどうか、事故の要因分析が容易にできるのかどうか、こういった

検討もあわせて行っていく必要があると考えておりました、実際に分析作業を行っていた中で、データベースのさまざまな問題点や課題が見えてくるのだろうと推測をさせていただきます。そのようにして浮かび上がってくるデータベース、あるいは報告制度そのものの問題点、課題を改善していくこともこの会議の重要なミッションと考えております。

④ですけれども、①、②の作業の成果物の一つとして、先ほどちらっと申し上げましたけれども、ガイドラインの改善が必要となってくることも想定されるということで、一つの成果として想定しているものでございます。

これらのほかにもやるべきことがあるかもしれませんので、皆様方の御意見を頂戴できればと考えております。

あと、下の○に「今後の予定（案）」とございますけれども、次回以降の議題について、当面、地方自治体からの今後の検証報告の状況を見ながらということでございますが、事故報告やデータベースの充実に向けた検討でございますとか、傾向分析にかかる分析手法についての検討などを行っていただければと考えてございます。

私のほうからの資料の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、ただいま御説明がございました資料6も含めまして、委員の皆様方から御質問がございましたら、どうぞお願いいたします。どうぞ、田中委員。

○田中哲郎委員 委員会といっても頻回に開くことは難しいと思いますので、作業部会みたいなものを置き、会議に出す資料を整理する必要があるのではと思います。作業部会で会議に提出するテーマとか内容をある程度整理・検討しておかないと、短時間の間に結論は出せないと思います。

もう一つ、分析の結果、防止策についてガイドライン等で改善を促すわけですが、防止策についてネットとかメールマガジンなどで早目に保育士さん、保育園、幼稚園等にフィードバックしてあげるのも一つの考えではないかと思います。若干の予算を必要とするかもしれませんが、簡単にはいかないかもしれませんがご検討いただければと思います。ガイドラインの改訂は毎年は出来ないと思いますので、有効な方法と思います。こんな事例がありましたということをお早目に配信するのも重大事故防止の一つの方法と思います。

○前田座長 皆様方の御意見をいただくお時間はちゃんと確保しておりますので、資料の御説明についてほかに御質問があれば、升田委員、お願いします。

○升田委員 今回の検討の中で、柱の一つがデータベースについてということだと思うのですが、従前の会議で御質問し忘れたのかもしれませんが、データベースというのは非常に重要だとは思いますが、一つはどういう利用方法、あるいは利用者というものを想定しておられるのか。というのは、そういう人あるいは方法によって、大分意味合いが違うわけです。行政の利用なのか、あるいは先ほどおっしゃいました事業者の方なのか、あるいは広く親も含めた、あるいはそのほかいろいろ関心を持っている人を含めたものなのかによって、そのデータベースの内容とか正確度というようなものも異なっ

くるわけです。

そうすると、ここでおっしゃっている傾向分析というのは非常に曖昧な表現で、傾向を分析して何になるのかという具合に、素直に質問してしまえばそういう質問になるのですが、むしろ、例えば一見明らかにこれは危ないという事故であれば、もうそれは即座に対応しないといけないと思いますし、そうでない傾向があっても、最近事故が増えたの減ったのといっても、それは何か意味があるのかということもありますので、そういった分析の意味合いをどういうものとして我々は想定していったらいいのかということもあると思います。

内容の点については、利用されるとしても、現実に利用して何か具体的な効果といいますか、成果というにはあれですけども、効果というものがあつたのかどうなのかということも一つ課題としてあるのではないかと。それも質問です。

といいますのは、他にも事故関係のデータベースというのは、消費者庁を初めいろいろな省庁で提供しておられて、それが実際に、末端という失礼ですけども、一般の国民にまで利用されたという話はずいぶん聞いたことがないし、そんなことはあり得ないわけです。そうしますと、利用の仕方について、先ほどおっしゃいました、事業者の方には非常に重要ですから、そういうものは早期に提供されるということは意味があると思うのですが、親とかそういう人たちにとってどうなるかということも想定して検討するのか、そうでないのかということが質問として浮かぶわけです。そのほか、いろいろと検討事項はあるかと思うのですが、とりあえずそういうことです。

○前田座長 どうぞ。

○竹林参事官 データベースは、先ほどの説明でも申し上げましたけれども、やはり再発防止策に役立てるために、単純に件数が何件ということではそこから何が見えるのかという点ではなかなか難しくなりますので、今までのデータベースにないような事故の背景の状況とか、割と細かく載せようとしているものと理解をしています。

誰を対象にといいますと、再発防止策を検討するような立場にある行政でございますとか、あとは学識経験の方も当てはまるでしょうし、関係団体の方も当てはまるにかもしれませんし、一義的にはそういうことなのかなと思います。ただ、そこで再発防止策について新たな何か知見が得られれば、それは保護者の方にもその利益が及ぶのかなと思います。

この分析をして何になるのかと言われますと、やってみないとわからない面もあろうかと思いますが、例えば今うつ伏せ寝がだめなのだということを盛んに言われていて、一つにはそれでもうつ伏せ寝をさせてしまっている保育所が結構あるので、そういった部分にアラートを鳴らすということもあると思いますし、うつ伏せ寝がだめだということ自体も、何十年前にはそういう知見はなかったかもしれませんが、そういった新しい、今は気づいていない知見をこの中からあぶり出せればということもあるのだらうと思っております。これは私の個人的な理解ということでございます。

○山中委員 山中です。

データベースの件、今は数だけしか出ないのですけれども、そうではなくて、保育の管理下で危険度が高いものは、「食う、寝る、水遊び」ということになっていますので、例えば食べること、データベースを詳しく見ていないのですが、460件あり、現場の保育士の人はどうやってこのデータベースの中から探して利用するかというと、今の状態では利用できないと思うのです。

例えば一つ一つの事例に、年齢は入っていると思いますが、「食べ物」とか、「窒息」というキーワードをつけておけば、現場の保育所の人料理をつくる時、今までに1歳代の子どもで窒息しやすい食べ物は何かを調べると、それがぱんと出てきて、例えばチーズの固まりだったり、あるいは巨峰というブドウだったりして、これらの窒息事故の報告があれば、それらの食品は4分割して食べさせようというふうに利用できるわけです。今のデータベースを現場の保育士の人が見て利用できるような形にしなければいけないと私は思っています。

このデータベースは親でも見れば、巨峰は1歳代であれば4分割にして与えるとか、そういうデータが得られるわけですし、育児雑誌にも使えますので、誰を対象としたデータかというわけではなくて、乳幼児が暮らしている状況で危ないことを調べる一つのツールとして使えるのではないかと。そのためには、誰が見ても使えるようなキーワードをつけないと、きっと無理だろうと思っています。

子どもの事故は1件ということは決してなくて、1件起きれば必ず同じ事故が何十件も起きていますので、食品を与える人は前もってデータベースを見るという使い方をしてもらうのが私のデータベースへの希望です。

あと一つ言わせていただくと、死亡例は非常に貴重な事例ですので、現場の検証だけで本当にいいのだろうか。データを見ると、毎年必ず死亡していますね。今後も同じ状況が続くと思いますので、もう少し上からといいますか、地域でやるのではなくて、死亡例に関しては国が検証してきちっとした報告を出すことが必要なのではないかと私は思っています。死亡例だけです。地域から上がってきた報告をそのまま載せるというふうに書いてありますけれども、やはり加工しないとデータとして使えないのです。地域の人それぞれデータを入れていたのでは多分不十分だと思います。今日も保育関係の方がいらっやっていますから、自分のところ、あるいは知っている保育士にデータベースを見てもらって、どういうふうに使ったかという意見をまとめてもらって、この会議に上げていただき、それでデータベースを改善する。こういう作業が必要だと思います。現場で使ってもらえば、その有用性がわかると思います。

この会議はあくまでも予防のための会議です。次に同じ事故が起こらないようにというためなのであって、実際に現場で使えるようなデータベースにしていくという作業がこれから必要なのではないかと思っています。私のデータベースに対するイメージはそのように思っています。

○前田座長 それでは、今も山中委員のほうからデータベースに関する御意見をいただい

たわけですが、初回の会議ですので、構成員の方々全員から今後の本会議の進め方に関する御意見、現時点で感じておられます事故報告の仕組みや様式、事故情報、データベース、ガイドラインの課題、改善点、再発防止策に対する提言を行うための進め方の意見などについて御意見を賜りたいと思っております。

短くて申しわけございませんが、東委員から順にお一人3分程度でお願いできればと思います。どうぞよろしく申し上げます。

○東委員 東でございます。

前回の会議に出席していませんので、的外れな意見もあるかもしれませんが、今、山中委員がおっしゃっていたように、重大インシデント、特に死亡事故に関するものはやはりボトムアップの報告にたえるのではなくて、直接、国交省の事故調査委員会のような形で、当日あるいは翌日には現場に入って検証するということが必要なのではないかと考えています。やはり現場から上がってくるレポートの質、あるいは内容の確度の問題が必ず出てくると考えていますので、調査の段階から国が直接関与していくことが望ましいのではないかと考えております。

それから、事故対応については、たまたま先週、内閣官房の会議があって、帰りに羽田から千歳に向かうときに、同じ飛行機の同じブロック内に札幌医科大学のDMATのチームが同乗されて、私の隣に薬剤師の方が座られていました。事故が起こったときに現場は混乱しますし、マンパワーが不足するようなことがあります。場合によっては司法関係者だとか、カウンセリングが的確にできる方、それからマスコミ対応ができるようなチームをある程度の地域に、常設ではなくて非常勤の形で整備をして、何かあればすぐ現場に入れるような即応態勢も必要ではないかと考えます。あくまで自治体、市町村がこのような重大事故に関与するケースというのは非常にまれだと思いますので、経験値や経験がない中で各行政が対応するというということにも、あるいは各施設が対応するというということにも限界があると考えますので、その辺もこの会議で検討できればと考えているところでございます。

以上です。

○前田座長 ありがとうございます。

次に小原委員、お願いします。

○小原委員 小原です。

最初に、この本題とは若干ずれますけれども、一連の待機児童問題を受けて厚生労働省が待機児童解消までの緊急的な取組として、3月28日に「待機児童解消に向けて緊急的に対応する施策について」というのを発表しました。この中では、緊急的とはいえ、基準をさらに低くして待機児童を解消しようという流れに感じておりまして、こういった会議で保育中の重大事故を減らそうという取組の一方で、保育中の事故のリスクが高くなってしまわないかと危惧されるような施策が出てきてしまうことに、保護者としては矛盾や不安を覚えています。

保育士の基準とか、保育士不足とか、専門性、習熟度といったような保育士さんのソフ



ト面のこと、園庭のない保育園の増加や保育の長時間化、そういったハード面の問題のしわ寄せが結局は保育士さんの負担となって、保育事故という形で子どもの安全を脅かすことにつながると思います。私たちがこの会議で議論できることは保育事故に特化しておりますけれども、取りまとめられたガイドラインを読みましても、詳細にわたってよくまとめられているのですが、このガイドラインを遵守できるような環境がベースにあるということが大前提だと思えます。文言として、「事前教育を十分に行う」とか、「監視に専念する」とか、「時間的余裕を持って行う」「情報を共有する」という言葉がたくさん出てまいりますけれども、現実的にこれができる人員配置であるということが前提になっていると考えていただいて、いま一度両面で検証していただきたいと思います。

それから、事故の検証の公表の仕方については、先ほども山中先生もおっしゃっていましたが、工夫が必要だなと私も思います。年齢とか内容別で検索をかけようと思っても、現状ではちょっとやりにくい状態かなと思っています。

これが件数が膨大になっていくと、ますます難しいと思っています。今、エクセルベースで簡易的につくられている感じがしてしまうのですが、例えば統計学の専門家であるとか、データ分析が得意なその分野の専門家の方と組んで、どういう数字の拾い方が有効かとか、最初のデータベースの入力項目をしっかりとつくと、膨大な件数になってからまた拾い出すというのも大変だと思います。ここは作業部会ではないですが、最初の検討が必要かなと思いました。

平成16年から27年までの死亡事故の報告件数が出ておりましたけれども、保育所の数がこの10年で急増しているはずなのに、報告されている死亡事故の件数がそんなに大きく変動していないところを見ますと、やはり報告自体がまだきちんとしきれていないのではないかなと直感的に思いました。

それから、先ほどのうつ伏せ寝の傾向であるとか、認可外の施設のゼロ歳児の死亡の数が特に多いとか、もう既に分析が明らかになっている、直感的にもここを重点的に何かしなくてはいけないのではないかなと思うところがありました。そういったところは早々に対応していただきたいと思います。

長々済みません。

○前田座長 ありがとうございます。

川下委員、お願いします。

○川下委員 川下でございます。

私も、実は前回の検討会に参加をしていなかったものですから、資料等は送っていただいて目を通したのですが、なかなか行間までは読み取れないということで、今日初めて会議に参加させていただいた次第になっております。

進め方等については先ほどからいろいろな方からお話が出ましたので、年に何回かやりながらということになっていくのだろうと思うのですが、例えば今日お話があったように、14件の死亡事故があったということで報告があったわけですが、当然、私

たちが真っ先に目にするのは、新聞等の報道を見てわかるわけですね。そうすると、先ほども第2報があってからということももちろんそうなのですが、内容等は後からわかったとしても、こういう状況でこういう事故があったのだよということだけでも早くお知らせをしてあげるといいのかなと思っています。

また、だんだん情報量が多くなってくると、それを探して自分が必要なものを選んでいくということが非常に難しくなるのかなと。現場の保育士さんは、朝早くから夜遅くまで子どもたちとかかわっている時間がほとんどで、なかなか自分から情報を得るというのは非常に難しくなっています。ですから、そんな中で、園長なり主任さんがこういう情報を持って何かの機会に職員に伝えていかないと、現場の一人一人まで情報が行き渡らないということになると、量は多いのはいいのですが、選ぶ作業というのがやはり大変なので、ぜひわかりやすくしていただきたいと思っています。

あと、検証ということで、これから防止策ということになるのですが、その防止策はもちろん大事なのですが、例えば本当に同じような事故が起こったとすると、前の事故の結果がどうやって次の事故に生かされていたのかということもぜひ見ていただきたい。つまり、せっかくこうやって検討したものが現場に本当に生かされていたのかどうかということも含めて、これから防止策等を考えていければと思っています。

以上です。

○前田座長 栗並委員、お願いします。

○栗並委員 栗並です。

この有識者会議が負うべき役割として、私は大きく2つあると考えております。1つ目は、発生した事故、報告された事故そのものについての検討・分析です。もう一つは、事故防止の仕組みが機能しているかというところの分析と検討です。

まず、1つ目、事故そのものの検討についてです。事故報告をデータベース化して自治体の検証事例の収集を行うということが始まりまして、実際に起こっている事故について分析をするための下地は整ったと考えております。しかし、これを国のレベルでどう分析するかという点については、具体的な検討がまだないので、その点をまず第1に議論をする必要があると考えています。

その際、参考になるのは児童虐待事例についてはではないかと思えます。児童虐待事例については、自治体にて検証、国にて収集・分析という仕組みで既に動いているので、先ほど山中委員がおっしゃっていた自治体の死亡事例の再検証ということについては、虐待事例については再検証という形ではないけれども、幾つかの事例でヒアリング調査などもしていますし、そういったことも考えられると思えます。

田中先生がおっしゃったような作業部会の設置ということについても、私は賛成しますし、東先生がおっしゃっていた国の直接的関与ということに関しても、将来的には検討していく必要があると考えています。

このような形で、国での検討の仕組みを整備しましたら、今度は具体の検討をしていけ

ますので、その段階に入ったら、今度は施設版のガイドラインの改善というものを検討したいと考えています。

ガイドラインは、現時点で事故防止のために有効と考えられる取組に関して掲載をしていますが、これに対して事故事例の分析を経て得られた知見というものを念頭に置いて改善を加えられたらと思っております。

また、ガイドラインに示すような保育を行うために、施設や人員配置の基準が十分ではないと考えられるのであれば、そうした基準の改善についても、私としては積極的に提案をしたいと考えています。

続きまして、2つ目の役割として、事故防止の仕組みが機能しているかという点です。まず、既に指摘されている課題としては、事故情報データベースの基礎となる事故報告書のまとめ方が不十分という点です。これについては、施設と行政がどういう役割分担で、どういう形で報告をまとめるかということについて、今後具体的に示していく必要があると考えています。また、データベースそのものの改善についても、何人かの委員から御指摘があったように、私も必要と考えています。

それから、今後、分析、検討を加えるべき点について提案します。事故防止・事故対応に係る行政の仕組みとして、この春に幾つかの通知を発出しています。一つ目は、行政版の事故防止ガイドラインを発出して、質の担保のために行政が日常からどういう指導を行っていくかということを示しました。それから二つ目は、事故発生時に速やかに行政が現場に駆けつけて、事故当時の状況を記録することについて、事故発生時の対応ガイドラインで示しました。三つ目には、自治体においてどのように検証を行うかということを示しています。こうした仕組みがスタートしましたが、今後の稼働状況を見て、こういった通知等がきちんと機能しているかどうかについては検討していく必要があると考えます。

今後の検討課題として資料6で挙げられているのですけれども、これらのほかにも引き続き検討すべきと考えている項目が2つあります。

1つ目は、第1次の検討会のほうでは、指導監督の充実ということを検討してきましたので、これについても今後の状況を見ながら、引き続き分析をして、充実を検討していくべきではないかと思えます。

それから、検証の仕組みに関して通知をしましたが、この通知ではなかなか不十分だということがあれば、改善も検討していく必要があると思えますし、また、事後的な検証について、自治体と国の取組については法令上の規定がないということを経済取りまとめでもしっかり書いておりますので、こうした法令上の規定に関しても将来的に整備することを検討していく必要があると考えます。

最後に、これまで仕組みをつくるということに携わった者として思うことは、こうした仕組みで保育の現場、行政の現場の方々の責任がより重くなっているのではないかということです。これに対して国として行うべきことは、まず保育の現場に対しては、こうした

責任が重い仕事に対して見合う処遇の改善をお願いしたいです。それから、行政の現場に対してですが、行政として指導監督を行っていくための人材育成というところも国として積極的に考えていただきたいですし、そういったことに必要な地方に対する財政的支援ということも考えていただき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。

次に櫻井委員、お願いいたします。

○櫻井委員 櫻井です。自治体の立場から何点かお話をさせていただきたいと思えます。

1点目は、今回この委員会のもとにガイドライン、それから体制整備ができたわけですが、これを読んでみますと、県と自治体の役割というのはとても大きくなっており、今後、双方の連携というのはすごく重要だなと改めて思ったところです。

各自治体は事故報告すればよいということではありませんので、特に今回は、子ども・子育て支援事業の13事業まで全て含められるということになり、我々もこれまでは保育所中心で安全対策を実施してきましたが、今後は、それ以外の13事業を含めた体制整備を充実していかなければいけないと思っております。

せっかくできたガイドラインが絵に描いた餅にならないようにするためには、各自治体でかなり温度差が出てくると思いますので、文書1枚で内容が通知されるようなことではないと思っております。4月に県主導の会議がありましたが、最終的な重大事故について、資料は添付されましたが、特に大きな説明もないままに会議は終わり、出来ればこういう場で重点的に県が主導しお話をいただくことで、各自治体が同じ意識を持って重大事故の対応に当たっていくことがすごく重要なのではないかと思っております。

例えば事故が発生した場合の検証委員会を開くにしても、小さな自治体は検証する体制を常備することはできませんので、あってはならないことだと思いますけれども、県で体制を整備して、何かあったときにはこういう委員がいると指導していただければ、すごくありがたいと思っております。

2つ目ですけれども、先ほども委員からお話がありましたけれども、現在、全国の自治体は待機児童解消が重要課題になっています。本当に一日も早く保護者の皆さんが安心して就労できて、子どもたちが安心して過ごせる居場所ができるようにと施策を進めていますが、今回の事故結果を見ますと、既に昨年4月から開始されたばかりの小規模保育施設で既に1件死亡事故が起きており、認可保育所では2件発生するなど、認可数の少ない小規模保育施設で既に事故が起きているという現状を、十分に把握しなければいけないなどと思っております。待機児童解消のために小規模保育施設とか、先ほどお話があったように、3月には保育所の受け入れの緩和をするような基準がどんどん定められております。また、その反面で、待機が出ている自治体については、事業所から保育所整備の申し出があった場合については、よほどのことがない限りお断りが出来ず、保育所整備を前向きに進めてほしいという通達なども来ておまして、各自治体はとても混乱している状況です。

小規模保育施設もA型・B型とそれぞれあり、A型であれば保育所とほぼ変わりませんが、B型については半分が保育士ということで、とても心配な部分はあるながら、今新しい制度がどんどん進んでいるという現状です。

このような基準緩和の中で、事故を未然に防ぐために、各自治体では本当にいろいろ対応策を考えていかなければいけない中で、これから県とも連携しながらやっていきたいと思っておりますが、事故防止への対応は、保育所の整備が進むことよっての事故発生率が高まるというところもぜひご理解いただいて、今後の施策を検討していただければありがたいと思います。

3つ目はデータベースの関係ですが、各保育所で保育士がデータベースを見るというのは、現実的にそんなにはないのではないかと考えております。どちらかというと、各自治体の保育担当が、全国的にどういう事故が発生しているかを確認するデータベースに今はなっていると思います。

保育現場の人たちに見てもらうために、これまでの会議の中で何点かお話をさせていただきましたが、例えば保育所に防犯カメラがあったらいいのではないかとか、それから保育士の業務がかなり繁忙になっている、ICT化の補助があれば、今回のデータベースもインターネットがつながり、すぐに現場で見られるのではないかとということでした。この2つについては、厚労省のほうで新しく補助メニューをつけていただいたということは大変感謝をしたいと思います。我々の自治体でも、できる限りこのような補助を使って子どもたちの安全管理に努めていきたいと思っております、本当にこの会議の場でいろいろな意見をお伝えできるということもすごくありがたいと思っております。

以上でございます。

○前田座長 ありがとうございます。

鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員 家庭的保育全国連絡協議会の鈴木です。

3歳未満児は、昔は家庭でお母さんが育てていた年齢層でしたが、今はこうやって働く方がどんどんふえてきて、保育施設ですとか家庭的保育、小規模保育などに入ってきてるので、保育する上で若い子どもの発達についてよく知り、更なる知識や技術を身につけて保育に当たっていかなければならないと常々思っています。しかし、保育に対するニーズが変化してきているにもかかわらず、職員の人員配置の最低基準が今までと同じというところに少し無理があるのではないかとともに思います。

私は短大保育科を卒業して、50年にはならないのですけれども、公立保育園、公立幼稚園、いろいろ勤めてまいりましたが、昔のほうはゆったりとした保育をしていました。園長先生、副園長先生、主任の先生、いろいろな先生がいらっしやって、新人はちょっと困ったことがあるとすぐに相談ができるし、すぐに答えがもらえて、とても安心して保育ができたと思います。

今は小規模な保育として地域型保育が創設されましたし、子どもたちを預かる時間が長

くなっているため、シフトを組むようになっていきますので、昔のように先輩を頼りにくい職場環境になっていると思います。その対応策として明るい希望が持てたのは、今年度から平成28年度内閣府予算の施策の一部として家庭的保育の公定価格にチーム保育推進加算の創設がされ、保育士の処遇改善も盛り込まれたことです。こういったところを活用して、安全管理の徹底と保育の質の向上に向けて、外部の研修に合わせて職場内研修の実施などでチーム一丸となって安心安全な保育が出来るようになってほしいと思います。

その際、経験が浅い保育士も一緒に育てるという視点が大切になってくると思います。子どもの命を預かっているという責任と自覚を持つということがとても大切なのに、新人の経験が浅い保育士さんたちには、責任を持つということがどういう意味を持つことになるのかわかりにくいようです。座学だけではわかりにくい部分があると思うので、講師が現場の若い保育者たちと一緒に考えてグループワークのような外部の研修も取り入れて、によくわかった、身についたとシミュレーション出来るような研修体制の充実なども必要なのではないかと考えています。

以上です。ありがとうございました。

○前田座長 関川委員、よろしくお願ひします。

○関川委員 関川です。

第一に、ガイドラインづくりにかかわらせていただいた観点から、ガイドラインの課題について考えるところを述べさせていただきます。

ガイドラインで示させていただいた、特に教育・保育施設の現場における安全確保のための配慮点でございますけれども、ポイントを絞ってわかりやすく記述しております。これは、従来の認定こども園、幼稚園、保育所以外に、地域子ども・子育て支援13事業で子どもを預かる事業においても事故防止の注意事項を共通理解にしたい。しかも、認可外施設や、あるいは認可外の居宅訪問型保育事業などで重大事故が起きています。こうしたところも踏まえて、もう一遍事故防止において大切なところ、基本的な事柄を確認しようというところが、ガイドライン作成の狙いです。ですから、ガイドラインは、保育経験が十分ない方でも、あるいは若い保育士になりたての方、若い保育教諭の方でも、想定されるリスクに対しどう対応したらいいのか、共通理解とすべき最低限の事柄をまとめようという視点を大事にして検討されました。しかし、逆に言えば、そこが一つガイドラインの限界でもございます。

実際、データベースで確認される重大事故のリスクに対し、このガイドラインにおける安全確保のための配慮事項のポイントは、全てを網羅しているわけではございません。それぞれの施設、現場、そして保育者の質に応じてリスクの現れ方が変わってまいります。リスクマネジメントに取り組んできた保育所などでは、ここに書かれていることは当たり前のことと受けとめられている節もございます。しかし、ガイドラインに記述されている内容で、事故防止、安全確保は十分だと考えているわけではない、ということが大切だと思います。

次に、事故防止、再発防止の取組の課題について、です。教育・保育施設において、リスクの把握が本当に十分に行われているのかという点が気になります。データベースであらわれている重大事故のリスクは、全ての教育・保育施設の中に確実に存在します。類似のリスクの把握を丁寧に行う組織体制が必要なのではないかと思います。特に、保育者個々人の経験と勘に任せている状況があるのではないかと危惧するところがございます。

教育・保育施設、この組織の管理者がリスクを把握して、自園の重大事故のリスクの存在に気がついているか、重大事故のリスクの存在を保育者に可視化できているかというところが、組織の課題なのではないかと思います。

重大事故にかかわるリスクの存在に気づき、データベースの情報を踏まえてリスクの存在を保育士に可視化し、その上で事故防止に必要な具体的な対応が検討される。検討された事故防止の対策が保育者で共有され、実行されるわけですね。ガイドラインとあわせてデータベースをどう使うか、その使い方の開発をもう少し検討する必要があるのではないかと思います。

現場からしますと、重大事故のリスクであっても、細かに自園のリスクを拾っていくということはとても手間がかかります。あるいは、現場の保育者の方はそれ以外にしなければならない重要なことが多数あるとおっしゃいます。そして、リスクマネジメント委員会のような組織をつくり、年間を通じて丁寧な事故防止対策をしているところでも、時間をかけて頑張っている割には、効果が実感できない、達成感ややりがいを実感できないというお話をよく聞きます。しかも、事故防止のための活動は終わりが無い、エンドレスで続くわけですね。子どもの命に係わる重要な活動であるとのモチベーションを持ち続けることが難しいという面があります。つまり、事故が発生していないので、事故防止の活動や対策の検討・実施をして本当に効果があったのかどうなのか、やりがい、実感が確認できないということが悩ましいところだと思います。

最後になりますけれども、データベースに関しましては、事故の内容が少し見えるようになったという点では、評価できます。しかし、再発防止に役立てるという観点から見た場合には、現在の情報は内容として不十分な部分があるのではないかと。たとえば、再発防止には、詳細な事実関係を明らかにした上で、背景原因や間接原因まで検討する必要があります。背景原因を分析しようと思っても、必要な情報がデータベースに掲載されている事件事例には記述されていないのでわからない、という例が多いことが課題のように思います。

保育士さんとSHELL分析を用いて事件事例のケーススタディをしていますと、事故報告書に書かれていないことが、重要な事故原因であると気付くことが少なくありません。事故を起こした保育者も気が付いていない背景要因が隠れていることがあります。事故が発生した少し前の保育の状況であったり、慣習化した日頃の保育のあり方、職場の人間関係、さらにはシステムや運営の問題等です。適切なSHELL分析の方法が確立・共有されれば、データベースにももう少し有益な情報が記載されるようになるものと思います。自治体か

ら報告された事例を直接データベースに入力していますので、背景要因の分析などは、適切ではないと思われる内容も散見されます。

改めてデータベースの情報を再発防止に役立てる場合には、自治体による検証があるものはもとより、ないものにつきましても、事業主からの報告をそのまま載せるのでは十分事故防止に役立たないように思います。そのまとめ方、事故報告書の書き方についても、少し現場レベルで精査が必要であると考えております。

以上でございます。

○前田座長 ありがとうございます。

田中委員、お願いします。

○田中哲郎委員 田中哲郎です。

先ほど少しフライングぎみにすでにお話ししてしまいました。データベースの件は、山中先生が言われたように、見出しがあると検索しやすくなると思います。今のうちに付けておけば比較的簡単に作業できるので、是非お願いします。あるテーマを検索し、同じような事例を見ることが出来、どういう問題点があるということがはっきり見えてくると思います。その見出しを利用して、テーマごとに事例を集めて防止策について検討することが出来、それらを先ほどお話ししたように、スマートフォンなどでいち早く保育士さん等にお知らせしてあげるのがいいと思います。

メールマガジン形式にすると大変なのかもしれませんが、いずれにしてもそれほど予算のかかる話ではないと思います。こういう事例があったということが知らされると、ほかの施設でも気をつけよう、あるいは検討しようということになるのではないかと思います。自分の仕事が安全に配慮して行われているか見直す機会にもなると思います。少し頻繁に情報をお伝えしてあげるということは必要だと思います。せっかく報告された事例ですすぐ役に立つようにすべきと思います。

あと、データベースなのですけれども、私が見ると字が小さくて読めないというのが正直なところですが、拡大印刷してみたのですが、読み難いというのが正直なところで、工夫が必要だと思います。

以上です。

○前田座長 ありがとうございます。

それでは、田中弘美委員、お願いします。

○田中弘美委員 初めて参加させていただいておりますので、まだ十分なお話ができるかどうか不安ですけれども、感想を述べさせていただきます。今回、資料6の今後の予定案というところをこれから進めていくのであろうということを想定して資料を見てまいりました。この事故情報データベースがどのように今後現場においてきて、現場の保育士一人一人、目の前に子どもを毎日見ている人たちがどのようにこのことを防止策としてつなげていけるのか大いに期待するところです。

そして、私のところの職場でもそうですけれども、現場では日々リスクマネジメントの



講習会を開いたり、いろいろな取り組みをし、また保育士はヒヤリハットを上げ、それを毎日昼寝の時間にみんなで話し合ったり、事故記録を書きというふうに、直面している問題ではあるのです。私も保育士になってことし50年たつのですが、幸いなことに、1度アナフィラキシーで救急車を呼んだ経験があるのですが、長くしていたからといっても必ずこういうことには豊富な経験があるわけではありません。

今回、第5回の赤ちゃんの急死を考えるとというところの記録を読ませていただいたときに、本当にここまでなのかというような現実を知りました。現場で起きていたことを、意外と毎日子どもに接している人が知らない事実がたくさんあるということです。本で読んだり、ニュースになって、初めてトマトがこうだったら入ってしまったら大変だから切ろうとか、お餅はこうだとか、そういう具体的なことに気を付けるのです。また、寝かしつけるという言葉は私は余り好きではありませんが、寝ること、食べるというような日常生活の行為の中に本当にびっくりするようなことがございました。私の周りではそんなことが一つでもあったら大変なことで、再発防止のための研修をしなければならなかったり、その人の進退について考えなければいけないというぐらいの重大なことだと思うのです。それをこういう検討委員会の中で多くの事実を私も知りまして、本当に長くやっていたからといってたくさんを知っているわけではないなという危機感を覚えました。

残念ながらそういう事故が起きてしまったら、まず子ども、そして保護者の方、そして保育者も大変苦しむようなことが起きてくるわけです。先ほどお話があったようなデータベースから拾った危険分子を何々を工夫する、何々に留意するというところにとどまらない、生きた形でのヒントを啓蒙をしていけるようなデータベースの活かし方が課題となるだろうと思います。私自身がどこまでできるか、意見が出せるだろうかという心配を持ちながら、今日参加させていただきました。

そして、保育の質ということがいつも問われるところですが、私はどこかで、皆さん当然思われることと存じますが、忘れてはいけないのは、子どもの安全管理が進めば進むほど、本来の子どもの健やかな健康を保っていけるのだろうかということを心配します。もちろん安全は第一ですから、十分配慮しなければいけないことですが、抱っこ、おんぶから、ベビーカーで保育園に来て、そして帰るときもまたベビーカー・マイカーで家に帰りという、子どもたちの足腰の弱さというものは何十年前から随分変わってきていると思います。安全管理と子どもの健全な生活をさせていくということとのバランスを常に保育の質というところで、数的なことだけではない、匂いだとか、暗さだとか、明るさだとか、そういうところまで目を向けた環境づくりに少しでも寄与できる意見が出せればと思います。

以上です。

○前田座長 富山委員、お願いいたします。

○富山委員 富山でございます。

私は行政の立場として若干お話しさせていただくことになると思いますが、先般の3月

31日に内閣府のほうから出されました通知の中で、事故検証の仕組みをつくりなさいというふうな技術的助言をいただきまして、今、東京都においても、これは事故が発生してからでは遅いので、事故が起こる前に、この通知が出て速やかに事故検証の体制づくりについての検討をもう既に始めておりまして、おおよそ外部の委員の人選をどうしていくかというところまで詰まってきた状況でございます。ですので、大体ゴールデンウィーク明けぐらいにはそういった形ができてくるかなと思っています。

そういった中で、今後、死亡事例ですとか重篤な事例というのが出てきたときに、個別それぞれについて事後検証、再発防止の検証をしていくわけなのですが、その中でデータベースの使い道として、いわゆる今のデータベースのつくりというのが、どちらかというところ、情報がかなり細かい、先ほども各委員がお話しされているのですけれども、字が小さいというところに象徴されると思うのですが、かなりデータが細かいので、行政側には過去の知見として活用していくにはかなり活かされるのではないかと考えているのですけれども、データベースとして今後積極的に活用していくためには、現場サイドでどういうふうに使えようかということになると思うのです。

私も1年前まで、実は児童養護施設の施設長を2年ほどやっております、現場の保育士ですとか、実際に児童と直接向き合う仕事というのは、もう一日忙しいのです。とにかく休みがないというか、そういった事務をやりたい、もしくはパソコンをのぞいて、こういうものが危険だとかそういった勉強をしたいと思っても、なかなかやっている時間がない。

そういった中で、できるだけ現場の保育士さんがちょっとしたキーワードで気付きが得られるようなデータベースの見せ方というのが工夫されてもいいかなというのは私も感じています。それプラス、当然保育士さんそれぞれに、定期的に研修なども受れたり、あとは園の中で集まって研修をされたりすることもあると思いますので、それはそれとしてまた使えるような、幾つかの使い道のオプションを考えていく必要があるのかと思っています。

ですので、行政側としては非常に細かい情報というのはとてもありがたいのですけれども、一方で、どちらかというところ大きな事故に至るその前段に何かしらの気づきがあるということ踏まえながら、現場の方が使いやすいようなデータベースのつくり込みということが今後検討課題になってくるのかと思っております。

私も入ってまだ3週間程度ですので、どういうふうな形で形がつけられていくのがいいのかというのはまだ明確なイメージはないのですけれども、私からはそういった意見でございます。

以上です。

○前田座長 ありがとうございます。

次、二宮委員、お願いいたします。

○二宮委員 私は現場の状況をお伝えするというのも私の役割かと思っておりますので、

少しお話をさせていただきます。

全ての子どもに質の高い教育・保育を提供するというに伴って、松戸市では待機している方の全入を目指して、公立保育所では120%平均の児童の受け入れをしているところ  
です。

私が施設長を務める新松戸南部保育所ですけれども、今年から定員を5名増やしまして、125名定員、そして147名の児童が入所しております。そこにプラス、一時預かり事業も行  
っておりますので、日々いろいろなお子さんをお預かりしているという状況です。乳児を  
中心に新入児37名を受け入れましたので、4月は職員みんなでおんぶをして、保育を危険  
のないように行ってきていたという状況です。

そんなある日のことですが、朝から、転んで膝がすりむけちゃった、走っていて  
木にぶつかっちゃった、布団に飛び込みをしたら顔をぶつけてしまった、けんかをして気  
持ちがおさまらない、〇〇クラスで嘔吐がありました、そんなことで一日中何かしらの対  
応をしていたなということもありました。気持ちも体もたくさん動く子どもたちですので、  
保育士は本当にあちこちに神経を張りめぐらせながら保育をしている時期です。

今、4月の後半になって少し落ちついてきたところですが、新年度は新規採用職  
員もおりました。職員の人事異動で入れ替えもありました。そして今はスキルを蓄えた職  
員が多く退職をして、人が入れ替わっている時期でもあります。人材育成というのが施設  
長としては重要な仕事になっております。日々いろいろなことが起こることに対して、一  
件一件事実をしっかりと捉えて、ヒヤリハット、事故報告の書類を書くということで、事  
実をしっかりと捉えることの積み重ねをしているところです。

そんなことで、これから事故防止のための研修を職員に向けて行っていくわけですが、  
でも、そうしたときに過去の事故報告書ですとか、今、話にたくさん出されておりますデ  
ータベースを活用していきたいと思っております。

先ほどから話がありますように、データベースはどこをどんなふう  
に拾って研修に生かしていこうかと思ったときに、やはり検索がしやすい状況であつたらありがたいなと思  
いました。職員は本当に日々忙しいですので、所長としてそこをどんな部分をポイントにや  
って職員に周知していこうということは考えなければいけないと思っております。

それから、保育所だけではなく、市が動きやすい仕組みづくりもお願いしたいところ  
です。データベースやガイドラインがあるだけではだめ、そして読むように通達をするだけ  
でもだめで、それぞれの施設がいかに危機感を持っていただけるかということが重要にな  
ってくると思います。

重大事故報告がされておりました発生件数等が出ておりますけれども、施設とか自治体  
によって、この報告のあり方、認識の仕方に差があるように感じます。そこがなくなるよ  
うな仕組みができるといいなと思います。

それから、度重なるお昼寝中の死亡事故が起こっておりますので、市のほうでも認可外  
保育園のほうに足を運んで状況の把握をしていると聞いております。市のほうから県に報

告を送ったときに、県からも速やかに見に行くことができるような仕組みもあわせてできていけるとよいように思っております。

どうも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。

それでは、升田委員、お願いいたします。

○升田委員 課題を語るには現状をどう把握しておくかということだと思っておりますけれども、再発防止の枠組みはできたということだと思っておりますので、当面はやはり基盤の整備が重要ではないかと思うわけです。先ほど紹介がありましたデータベースのデータの充実というのは、今後徐々に検討していく必要があると思っておりますけれども、そのほかに関係する方、そういう役を担っておられる方の人材の確保、そういう方の研修、そういうことは非常に重要で、やはりデータがあってもそれを読み取る力量がないとなかなか事態は進展しないと思います。

その場合に、いろいろな分析あるいは検証ということが予定されているわけですが、問題になるのは、これが信頼できる分析・検証というのは、言うは易く行うは難いわけですが、その場合に、行政上の目的のためにやるわけですが、どうしても分析・検証となりますと、問題点を取り上げて、かつそれをうがっていくという傾向になりがちになるわけです。そうしますと、その問題が結局は責任問題に転嫁する。これはもう否定できない現実になるわけです。ですから、その分析・検証をされる方々がどういう認識できちっとおやりになるかというのも今後重要になってくる。

最後には、そういうものの利用が非常に重要になってくるわけで、データを集めて、人材を育成し、検証しても、最後に利用されなければやはり意味がないわけですから、そういうことは今後いろいろな問題の重要な基盤整備の視点ではないかと思っております。

ただし、これをやりますと、残念ながら現状では裁判を誘発するということにもなるわけでありまして。特に、先ほどガイドラインのことをお話しになりましたし、データベースのことも話題になりましたけれども、両方とも充実させればさせるほど、実は裁判をやりやすくなる。裁判をやりやすくなるというのは、これは関与された方の法的な責任を追及しやすくなるということと、責任が認められやすいという従来の裁判例の傾向があるわけでありまして。そういった問題を恐れてはいけないわけですが、そういうことがあるということはきちっと知識として持って事に当たっていただきたいということでありまして。

最後ですけれども、これは今回どなたからも御発言がないのですけれども、実は過去の裁判例を前回の検討会以来いろいろ収集して読んでみますところ、いろいろな原因があって、不幸にして裁判に至っているわけですが、いろいろな事情を検討しなければいけないのですが、ただ、事業者の方と、行政も含めて、親御さんとの間で情報がどの程度共有されていたのかという点は、非常に不幸な出来事ですので、お互いに誤解が生じて裁判に至ったという事例もあるわけでありまして、今回こういうことでいろいろ取り組みをされるときに、事業者の方、行政の方だけで再発防止ができるわけではなくて、やはり一

番よく知っているのは親であるはずですから、親御さんもそれに加わっていただく。いろいろな意味の加わり方はあると思いますが、少なくとも情報を共有して、そういう危険なことがあぶり出されてくるとすれば、そういったことも十分認識して子どもを育てていく必要があるかと思しますので、行政あるいは事業者と保護者との連携ということも一つの重要な視点ではないかと思うということです。

以上です。

○前田座長 ありがとうございます。

山中委員、お願いいたします。

○山中委員 山中です。

先ほど意見を述べさせていただきましたので、簡単にお話しします。医師としての立場では、結局、事故、あるいは死亡事故が起きる5分前から起きて10分ぐらいまで、この15分ぐらいの間に何が起こったかをきちっと検証するのが私の役目だと思っています。

いろいろな課題はあるのですが、特に保育現場での死亡事故では現実にはわからないことが多いのです。医学的な立場から推測するのが我々医師の仕事だと思っていますので、そういう観点からぜひデータベースとか情報の分析などに加わらせていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○前田座長 ありがとうございます。

それでは、皆様、ありがとうございます。本日はさまざまな御意見をいただきました。本日いただきました御意見を踏まえ、今後議論を深めてまいりたいと思います。

特に、今回既に事故情報データベースに関しましてはさまざまな御意見をいただいておりますけれども、次回の会議のテーマは、この事故情報データベースについて議論を深めていきたいと思っております。

詳しくは追って御連絡いたしますが、本日の会議は以上としたいと思います。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となります。

どうもありがとうございます。