

# 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2回）

平成28年10月25日（火）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2特別会議室

## 議 事 次 第

### 1．開会

### 2．議事

- (1) 教育・保育施設等における事故情報データベースの改善について
- (2) 検証実施中の自治体へのヒアリング結果について
- (3) 有識者会議の今後の進め方について
- (4) その他

### 3．閉会

#### [配布資料]

- 資料1 教育・保育施設等における事故情報データベースの改善について(案)
- 資料2 教育・保育施設等における重大事故の事後的な検証の実施自治体からのヒアリング等について
- 資料3 今後の有識者会議の進め方について
- 資料4 栗並委員意見書

- 参考資料1 企業主導型保育事業の概要
- 参考資料2 子供の事故防止に関する関係省庁連絡会議
- 参考資料3 「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時のためのガイドライン」の周知徹底について

前田座長 皆様おはようございます。

それでは、定刻となりましたので、第2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、お忙しい中お集まりいただき、皆様どうもありがとうございます。

本日の会議は、全員御出席とお伺いしております。少し遅れられている委員の方もございますけれども、全員そろわれと思います。

事務局の政府側出席者のうち、新たに着任されました方を御紹介したいと思います。

竹林参事官 ありがとうございます。事務局でございます。

事務局側の出席者のうち、4月の第1回会議以降に新たに着任した者を御紹介させていただきます。

まず、内閣府の子ども・子育て本部担当統括官の西崎でございます。

西崎統括官 よろしく申し上げます。

竹林参事官 同じく子ども・子育て本部の子ども・子育て支援担当企画官の堀内でございます。

堀内企画官 堀内です。よろしく申し上げます。

竹林参事官 続きまして、文部科学省の初等中等教育局幼児教育課長の伊藤でございます。

伊藤課長 伊藤でございます。よろしくお願ひいたします。

竹林参事官 続きまして、厚生労働省の雇用均等・児童家庭局保育課長の巽でございます。

巽課長 巽でございます。よろしくお願ひいたします。

竹林参事官 なお、第1回の会議の際に、武川前統括官より御挨拶を差し上げたところでございますが、このたび統括官が西崎に変わりました初めての会議でございますので、開催にあたりまして、西崎統括官より御挨拶申し上げます。

西崎統括官 6月に内閣府の子ども・子育て本部統括官を拝命いたしました西崎でございます。よろしくお願ひいたします。

第2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」の開催ということで、開催に当たりまして一言御挨拶を申し上げます。

皆様方におかれましては、日ごろより子ども・子育て支援新制度の充実のために、大変御尽力を賜っておりまして、厚く御礼を申し上げます。

私どもとしましては、子ども・子育て支援新制度のもとで、いわゆる量の拡充、質の向上を目指しているところでございますけれども、質の中でも一丁目一番地は安全、安心、教育・保育施設が安心して過ごせる環境であるということだと思っております。また、各方面からの重大事故防止の取組に関しての高い関心も引き続き、大変大きいものがございます。

御案内のとおり、政府といたしましては、3月に重大事故の防止や事故発生時の対応に関するガイドライン、再発防止のための自治体による事後的検証についての通知を出して

いるところでございますけれども、今月5日にも改めてガイドラインの周知徹底について、通知を発出したところでございます。

こうした中で、再発防止について御検討いただくこの会議の役割は極めて重要でございます。委員の皆様方におかれましては、子どもや子どもと向き合う現場の視点を踏まえながら、積極的な議論をお願いしたいと考えております。

非常に重い課題ではありますけれども、皆様方の御知見が頼りでございます。何とぞお力添えをいただけますようお願い申し上げます。簡単でございますが、私からの挨拶とさせていただきます。

よろしく願いいたします。

前田座長 ありがとうございます。

カメラはありませんね。

それでは、議事に入りますが、まずは、事務局より配付資料の確認をお願いいたします。

竹林参事官 事務局でございます。

お手元の資料でございますが、本体資料としまして、資料1から4。ただし、資料1には資料1【参考】という資料もございます。

それとは別に、参考資料が1から3までという構成でございますけれども、漏れなどがございましたら、事務局までお申しつけいただければと存じます。

以上でございます。

前田座長 皆様、お手元の資料は大丈夫でしょうか。

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「教育・保育施設等における事故情報データベースの改善について」の御説明をお願いいたします。

大須賀参事官補佐 事務局から御説明させていただきます。座って失礼いたします。

資料1「教育・保育施設等における事故情報データベースの改善について（案）」がございます。事故情報データベースにつきましては、昨年6月より、内閣府のホームページ上で掲載を開始しております。四半期ごとに更新しているところでございますけれども、直近では、9月末時点で更新をさせていただいたところでございます。

1枚目が、その改善の必要性でございますけれども、昨年12月まで開催されておりましたこの会議の前身であります検討会の場でも、しばしば「必要な情報を簡便な方法で検索できるような仕組みになっていない」とか「検索しやすくするためのキーワードの設定等が必要ではないか」といった御意見をいただいております。前回の会議においても、改善が必要という御意見をいただいたのも承知しております。

そうした御指摘も踏まえまして、実際に現場での活用状況についても十分把握できていなかったところもありますので、9月に幾つかの自治体に活用状況・活用方法等についてお聞きしたところでございます。やはり「使いにくい」ですとか「検索しにくい」という御意見をいただいたところでございます。

「検索しにくさ」ということで、原因としては、以下のことが考えられるということでございます。1つには、事故状況等について、報告者の記載の仕方が標準化されていない。ばらつきが見られるということ。データベースの項目数が不十分ではないかということ。特に「事故の概要」の欄に多様な情報が盛り込まれているのですけれども、そこでの記載ぶりにばらつきがあるのではないかと。

こうした御指摘をいただいておりますので「誰もが検索しやすく、分析・活用しやすいデータベース」へ改善する必要があるのではないかとということで、方策を提示させていただいております。

2ページ目は、大きく3点でございますけれども、1点目は、検索やクロス集計を容易にするために、データベースにおける多くの項目について、あらかじめ設定された選択肢から選択するような仕組みとすること。これによりまして、報告内容の記載ぶりにばらつきをなくすようにしたいところでございます。設定する選択肢の案につきましては、別紙にまとめておりますので、後ほど若干御説明したいと思っております。

なお、施設や事業者からの報告様式上も、選択肢を設定した報告項目については、プルダウンメニューなどを導入しまして、記入していただく方々の利便性も高めるように、あわせて記載漏れも防ぐように、こういったことにつながるようにと考えております。

2点目は、新たに報告項目を追加することによりまして、報告内容の標準化を進めるということでございます。死亡なのか負傷なのか、負傷といってもどういったものなのか、骨折なのかやけどなのか、そういったところがなかなかつかみづらいということでしたので、そこを改善しようとしております。

3点目としまして、もう一点ですが「事故の概要」欄についてです。こちらへの記載に当たりましては、特に重要と考えられる事故要因等について、使用する用語の統一化といったものを図るようにしまして、より検索、確認がしやすい内容にしていこうというものでございます。例示しておりますけれども「午睡」とか「昼寝」とかで記載されているところを「午睡」で統一するとか、あるいはキーワードを設定して記載内容を標準化するとかいったことを考えております。

自治体や施設・事業者に周知をさせていただきまして、その徹底を図るように考えております。自治体においては、国に報告する際に、施設等から提出される報告書上の用語の確認をしていただく。そういった方策をとるように考えてございます。どのようなものがあるのか、事務的に確認をしながら進めていこうと思っております。

これらの改善方策によりまして、データベースへの記載内容の標準化が図られまして、検索も容易になるのではないかと考えております。

データベースの各項目につきましては、具体的に委員の方にも御意見をいただいております。我々三府省でも検討して、案を作成させていただいたところでございます。

どの項目について、修正等を加えたのが、資料の3ページ目、4ページ目になります。新たに項目立てしたものの、これまでなかったところに選択肢を設けたものなどを記載して

います。資料をごらんいただきたいと思いますが、赤字で【新規】と書いておりますのは、内容としてはもともと事故報告書に記載があるものですが、データベースの項目としては新たに追加したものでございます。

例えば「発生時期」とありますけれども、データベースにはなかった項目なのですが、何月の事案なのか。つまり、ある季節に起きた事案としてどのような内容なのか。どのような時期に固有に留意すべき事案はどのようなものがあるのか。そういったことが分かるようになるのではないかと考えられます。

「- 3 特記事項」という欄を設けておりまして、事故との因子関係がある事情、情報については記載していただくような形も考えております。

4 ページ目は「事故状況」の欄がございます。これまで先ほど申しましたとおり、死亡事案なのか負傷の事案なのか、概要欄をよく読まないと分からなかったところがございますけれども、今回、その内容ごとに区分を設けまして、検索する際の利便性を図ろうというものでございます。

「事故発生の要因分析」につきましても、新規項目を増やしておりまして、ソフト面について、マニュアルの有無、研修の実施状況などといったものも加える形で考えております。

恐縮ですが、別添資料を見ていただきたいと思いますが、縦版の資料1【参考】ですが、こちらはデータベースの各項目の見直しに関する新旧につきまして、見やすく縦の資料に落とし込んだものでございます。

左から項目、現行のデータベースの項目、次は今回の改善案、その隣に改善の理由といますか、趣旨です。一番右に委員の方からいただいたものに対して、全部反映できていないものもありますので、どういう理由で今の形でまとめたのかを若干書かせていただいているといったところでございます。

資料の中で、青く印刷されている部分が新たに区分を設けたものなどになっております。かいつまんでお話ししますが、例えば1 ページ目の「事故発生時間帯」は、これまでは時刻のみだったのですが、こちらは1 から7 という項目を設けまして、例えば午前中だったのかとか午睡中だったのかとか、こういった中から選択をしていただく形を考えております。

2 ページ目は、事故の状況についてでございますけれども、これまで記載欄がなかったと先ほど申し上げたとおりなのですが「事故の転帰」としまして、「1 . 負傷」あるいは「2 . 死亡」といったところから選択をいただく。死因等についても、選択式にして整理をするような形を考えております。

3 ページ目で、概要欄はもともとございましたけれども、記載内容の工夫をする。用語の統一化を図るなどをするといったところを考えております。キーワードの利用についても、提示をしながらまとめていきたいと思っております。

下のほうに黄色の部分がありますけれども、こちらは分析に関する情報を幾つか加えま

したので、場合によっては削除なりをしてもいいのかなということも考えておりますが、また御意見をいただければと思います。

全て御紹介できず申しわけないのですが、こういった趣旨で資料をまとめさせていただいております。こういった改善を図ることとしたらどうかという案でございますけれども、先ほど申しましたとおり、内容につきましては、委員の皆様方にも事前に御意見をいただいております。各府省の担当でも協議をして、結果、今、お配りしているような案でまとめたところでございます。

必ずしも委員の方の全ての意見が反映されたものではありませんので、基本的な改善内容の趣旨は、見出しの欄にありますけれども、その趣旨に沿ったものかどうかで整理しておりますので、いろいろ御意見をいただければありがたいと思っております。

仮に内容、方向性につきまして、御了解いただいた際には、必要な報告様式についても選択肢を設けるなど、必要な改正を行うなどして、データベース様式の改修につなげていく方向で準備をさせていただけたらと思っております。

よろしく申し上げます。

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。

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、お願い申し上げます。

田中委員、どうぞ。

田中哲郎委員 田中哲郎です。

今回の見直しにより、使いやすいデータベースになったと思います。この報告システムは、今までと違って数的な定量分析だけでなく、内容・要因を分析する定性分析が可能になった点でした。今回の改定案をみるとせっかくの要因分析が削られています。これでは何時に多かった、何をしているときに多かったは明らかにできるかもしれませんが、もっと詳細に事故内容を分析することができなくなってしまうのではないかと心配しております。つけ加えるのはいいのですが、黄色の部分を削除して要因分析ができなくなるのは、望ましくないのではないかと考えています。

要因分析の項目の記入がみられない理由として一つには今まで行ってこなかったこと、記入者が事故の直接の当事者ではなく、市町村あるいは都道府県等の担当者が記入することによるのかもしれませんが、事例によっては分析が難しく書きにくい事例もあるかもしれませんが、記載されたものの中に重要な事故防止のヒントがあるのではないかと思います。

数的な定量分析だけでは従来の数字を集めて何時に多いとか、どこで多いとかいうものだけになってしまいます。これだけでは事故発生の要因は十分に見えないのではないかと思いますので、記載がない事例があるだけでこの項目を削除すべきでないと思います。この部分を記載された中に事故防止の重要なポイントが見えてくるものがあると思いますので記載がないものが多い理由でやめるのではなく、もっとこの項目の意味や書き方などを指導することが必要と思います。

以上の理由で、要因分析の項目は必要で今後も続けるべきと思います。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

ほかにございませんでしょうか。

関川委員、どうぞ。

関川委員 大阪府立大学の関川でございます。

今回のデータベース改善案につきましては、事故の状況などについても、データベースで漏れないように、標準化されるような工夫がされていて、クロスをかけると知りたい事故データが出てくるという内容になっていて、とてもよいと思います。

ただ、事件事実を検索・蓄積可能なようにデータベースとして記録に残すだけでは十分ではありません。重大事故の事例について、SHELL分析などを用いて、要因分析の内容がみてとれるところが、再発防止に役立つ情報となると考えています。

SHELL分析では、人の要因から考えます。事故に関わった保育士は、事故を防ぐためにどうするべきであったのか、なぜ防ぐことができなかったのか、などマニュアルや保育士の専門性などに照らして、問い直します。あるべき安全な保育からズレており、それが事故につながっていれば、ヒューマンエラー、人に関わる要因と考えます。多くの場合、事故にはこうしたヒューマンエラーが介在します。保育士の側の要因と関連し、子どもの行動などが、人に関わる要因として確認できることが少なくありません。保育士と子どもの関わりから事故が起こりますから、データベースからこうした事故発生のパターンが読み取れると、事故の予測に有益な情報を提供できると考えます。いろいろなパターンが考えられますから、この部分をあまり標準化しないでください。具体的な事実を具体的に書き込むようにする様式が必要と考えます。

保育士のヒューマンエラーを確認して反省しなさいとしないで、事故を検証する場合は事故発生の背景原因を考える必要があります。実は、ヒューマンエラーがあってもいろいろな理由から事故が起きないものです。事故の検証によって、なぜミスが事故につながったのかと考えていきますと、事故が起きやすい保育の環境となっていたなどの背景要因が具体的にとして浮かび上がってきます。データベースを活用する保育士にとって、保育環境の要因も、起きた事故に学び、事故を防止する上で、とても大切なヒントとなる情報と考えます。したがって、この部分もあまり標準化しないでください。具体的な事実を具体的に書き込むようにする様式が必要と考えます。

最後にリスクマネジメントとしては、システムに関わる要因の分析は、大切です。管理者がどのように考えているかとても関心があります。

保育士、子どもの要因、環境、システム。事故に関わる複合的な要因が、データベースから読み取れるような内容にさせていただく必要があるのではないかと考えております。

例えば、人的面のヒューマンエラーの抽出は、この項目で十分でしょうか。「職員の動き」とありますが、1から4までの内容として、ヒューマンエラーの具体的な抽出は、これでは十分ではないように思うのです。

そうやって考えた場合には、その下の「分析」を、ほかの記載内容にそろえていただいて、事故につながる「その他考えられる要因・特記事項」という欄は「分析」という表現ではなくてもいいと思いますが、残しておいていただきたいと考えております。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

鈴木委員、どうぞ。

鈴木委員 家庭的保育全国連絡協議会の鈴木です。

1ページ目の「クラス(学年)」のところなのですが、家庭的保育を含む地域型保育では、主に3歳未満児を対象とした保育を行っていますので睡眠中の事故が多いところですが、この聞き方では、回答の仕方に迷うところがあります。改善案「8.異年齢【混合】保育中」項目改善の理由「異年齢【混合】保育は3～5歳児クラスといった編成や、時間外の混合保育クラスなどに対応」と書かれていて、特に3歳未満児について触れていないところが気になりました。

地域型保育では同じ空間で、全員の子どもが一緒に活動するときと、グループに分かれて活動するときがありますので、事故が起こったときの活動に参加していた子どもの年齢を書けばよいのか、在園児の全体の年齢を書けばよいのかを明確にしたほうがいいと思います。

例えば「クラス(学年)」の選択肢に、異年齢であれば何歳から何歳までを作るとか、選択肢はそのままにするのであれば、異年齢で保育を行っている場合は、当該年齢全てにをしてくださいと注を添えるとかの記載方法がないと、事故に遭った子どもの発生時の体制が拾えないのではないかと。特に注がなければ地域型保育の場合は在園児全員の年齢を書く可能性があります。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

ほかにございませんでしょうか。

田中委員、どうぞ。

田中弘美委員 今の家庭的保育室の方の御意見と似ている部分なのですが「事故発生時間帯」の上から4番目です。時間帯のところに「1.朝(始業～午前10時頃)」と「6.夕方(16時頃～夕食提供前頃)」という記載がありますが、今、保育園のスタイルが本当に多様になってまいりまして、1の時間帯には既に子どもたちがたくさんおりまして、年齢別のクラスに分かれていたりすることがあると、記載がしにくいかなという思いが、これを拝見して思いました。

異年齢保育と混合保育という言葉がどのように使い分けられているかは、現場の人間の

ほうがきっと直感的に感じるものがあると思いますが、人が少ない、まだ子どもも少ないというときに、ゼロ歳から6歳までが同じ部屋に集められていることを、昔は混合といい、意図的に3歳から5歳は異年齢で、生活することが子どもにとって望ましいという視点から、異年齢保育という言葉が出てきていると思いますが、括弧して両方の言葉を使っているところは、言葉の整理をしていくということであれば、ここで現場の人間が迷うかなというイメージを持ちましたので、御意見をさせていただきます。時間帯は時間のみのデータとして、それとは別に、事故があったその時に、混合保育であったのか、または異年齢保育だったのか、年齢別保育だったのかという、傾向性を知る必要性があればそのような分け方が求められると思いました。

前田座長 ありがとうございます。

二宮委員、お願いします。

二宮委員 先ほどから出ておりますように、分析の項目という点なのですが、私が、実際にデータベースを現場で活用しようと思ったときに参考になるのが、分析で細かく書かれていることだったり、事故の概要のところ。そこから読み取れることがとても多くありました。

そこを現場に生かすことができるように、活用させていただいております。検索しやすくなるのは、もちろん賛成です。でも、そこにプラスして、文章から読み取れるものもぜひ残していただきたいと思っております。

あと何点かあるのですが、まず「事故発生の要因分析」という項目の「改善策」という欄で「0.改善事項なし」「1.改善点あり」を選ぶようになっています。ここで「なし」と現場から送られてきた場合に、市とか県では、そこは改善策を考えてほしいと思っても「なし」の欄に○が付いてきたら、それを認めるしかなくなってしまうのではないかと感じてしまうのですが、いかがでしょうか。

あとは点検項目という欄で「玩具の安全点検」が「1.実施」「2.未実施」のみとなっております。こちらは『定期的に点検をしているのか』が外されているのですが、誤飲で窒息になることもありますので、現場では、玩具の点検も日常的に行うようにしているので、施設の点検などと同じようにしてはいかがかなと思いました。

午睡時の事故についても、睡眠環境はとても大事なことで、記入例を挙げて、このようなことを書いてほしいということが載せられていると、現場としては助かるかなと思いました。

以上です。

前田座長 ありがとうございました。

升田委員、どうぞ。

升田委員 今、いろいろ御発言があります分析のところ、そのうち特に事故発生の原因についての分析は、多分、事故発生の原因という言葉を使っただけでも、ここにおられる方でそれぞれ異なる印象あるいは認定、判断をされる可能性が極めて高いわけで、これ

は何もこの会議の事故だけではなくて、ほかの事故一般的にも言えることだと思います。

これがデータベースに載るのは、報告があったものを率直にそのまま載せるというシステムの中で行われていますと、それは結局、報告されたものにおける、その時点での分析となるわけで、非常に流動的であるわけです。将来、いろいろな情報が加わるとどうなるか分からないという側面がある。

先ほどお話ししましたように、事故の原因というものの考え方自体が、必ずしも一律ではないというか、むしろ多様である上に、時間的にも情報的にも非常に時間限定的なもの。つまり、そういう分析をここに記載するということになりますから、後日、それがどうなるかは必ずしも予断を許さないわけです。

そうしますと、ここに事後分析を載せるとすれば、第三者が以下の判断をしなければ信頼性が必ずしも維持されないということもあって、ほかの事故では、そういう委員会を設けて、第三者的な目でこういう判断をしたという、そのものを載せているところもあるわけです。

政府内においても、各省庁において、それぞれ個別の取扱いをしておられて、法律上きちんとしてそういう分析をした上で載せましょうというところもありますし、報告されたところをそのまま載せるところもあるわけですが、当然、報告をしたところを載せるというのは、余り書かない、ないしはそれがそういう前提だということを考えないと、後日法律問題としては、別の法律問題が生じてくるおそれがある、あるいは係争中になっているものもあるわけです。

そうしますと、それをどの程度載せるかは、強制するには非常に難しい側面があり、あるいは詳細に記載すればするほど、その信頼性が問題になる。

こういういろいろな問題をはらんでいる。これは何もこの事故だけではなくて、ほかの問題でもそういう認識があるわけです。ですから、それを前提に議論しないと、その報告の時点の報告という前提があれば、確かにそれなりの利便性があるわけですが、それが果たして真実であるとか事実であるとか、最終的にそれで確定したとかいう問題を入れると、必ずしもそういうことにはならない。むしろ誤った判断をしたという結果にもなりかねないということは御留意いただく必要があるのではないかと思います。

前田座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

川下委員、どうぞ。

川下委員 全私保連の川下でございます。

項目が非常に増えたということで、いろいろな分析がしやすくなったということは、もちろん理解ができたのですが、例えば「事故発生 of 要因分析」の「ハード面」で、先ほども出たのですが、必須の記載になるのか。例えば午睡中の事故で、遊具の安全点検のところの項目が必要なのではないかということがあると思うのです。

事故の内容によって項目を選ぶことができるのか、選ぶのは施設側が自由に、これは直

接必要ないということで選んでしまっていていいのかどうかをはっきりさせていただいたほうが、より現場としては記載をしやすいのかなと思っています。

前田座長 ありがとうございます。

ほかに、櫻井委員、お願いします。

櫻井委員 利府町の櫻井です。

他の委員からもお話がありましたように、私も、今回、データベース上で簡便な入力方式になったというのは、すごく見やすいですし、入力するのもすごく便利になったということで、この仕組みについては、大変評価したいと思います。しかし、反対に項目数がすごく多くなりましたので、紙1枚に出力したときに、細かすぎて大変見にくくなってきているということもありますので、様式のレイアウトを検討してほしいと思います。

また、内容については、分析欄があることで我々現場でも参考とさせていただける場所がありますので、ぜひ要因分析、概要の欄については、今までどおりに残していただければありがたいと思っています。

報告書の様式についても、簡単に選択できる方法にしたいということですが、認可保育所については特に問題ないと思いますが、例えば認可外とか、ファミリー・サポート・センター事業とか、新しく13事業が追加されていますが、現場では、パソコンで全てが入力できるわけではなくて、手書きのところも実際にはありますので、その辺もぜひ考えていただきながら、様式の変更をお願いしたいと思っています。

さらに項目の選考欄でお願いしたいのは、「施設・事業種別」で、1から18まで選択肢がありますが、項目数がかなり多いと私は思っており、簡単にできるのであれば、第1段階の選択欄としては、1番から6番までを「教育・保育施設」という欄に設定し、7番から10番を「地域型保育事業」という欄に設定、11番から16番については、地域子ども・子育て支援事業という選択欄に設定、17、18は認可外保育施設に設定するなど、大きく4つの枠をつくっていただいた上で、先ほどの18事業をそれぞれ下位にぶら下げると見やすいのかなと思っておりますので、ぜひ検討いただければと思っております。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

小原委員、どうぞお願いします。

小原委員 小原です。

データベースの入力の際に、プルダウンメニューを導入されたのは、クロス集計する上でとても分かりやすくいいのかなと思ったのですが、例えば「ソフト面」の「事故予防に関する研修」の「1.定期的に実施」「2.不定期に実施」をプルダウンで選んで、なおかつ、その内容はすぐに見られるようになるのかどうか。この選び方は極めて曖昧で、定期的に実施していてもその間隔がすごくあいていたら、不定期に実施しているけれども短い期間でやっていっしょるところのほうがいいわけで、これだけでは余りにも曖昧だと思いました。

次の項目の「職員配置」も「1．基準以上配置」「2．基準配置」「3．基準以下」だけを選んだのでは、本当に印象ベースでしかなくて、余り意味がないと思いました。プルダウンで選んだ上にさらに具体的に何かが書き込めるものだったのか、検索したときに見えるものだったのかどうかを一点、質問です。

もう一点は、そもそものところで申しわけないのですが「施設・事業種別」と今、お話がありましたが、これはあくまでも行政で事業の種別としているもので、保護者としては運営の主体が企業なのか、社会福祉法人なのかNPOなのかが気になると思ったときに、このデータベースでは、そもそも報告の様式のところも運営者が企業かどうかの項目が入っていなかったのかどうか。そこは再発防止の検証のためのデータとして関係ないのか、ほかの委員の方の御意見も伺いたいと思いました。

前田座長 ありがとうございます。

ほかにございませんでしょうか。

事務局から、御質問が幾つか出ましたので、お願いします。

竹林参事官 非常に貴重な御意見をありがとうございました。

今、私が理解している限りでは、あまり委員の方は相互の御意見が不整合というか、相反するものではないと思いますので、基本的には、承った意見をどこまで盛り込めるかを考えていきたいと思っておりますけれども、幾つか確認も含めて申し上げますと、最初に「分析」欄を残してくださいというお話がございまして、一応、私どもとしては、その上の「その他考えられる要因・特記事項」がありまして、そこでそこそこ書いていただくぐらいの気持ちで書いてありまして、そうしますと「分析」欄を残すことはいいかなと思うのですが、記載するほうで何を特記事項のほうに書いて、何を分析欄に書いてというのが少し悩まれたりするのかなというのがやや心配なところがありまして、そこは委員の方にも御指導いただきながら、仕分けをどのようにするかは整理しながら、項目を増やすなら増やせばいいのかなと思います。

基本的には、まず、御質問にもございましたように、各プルダウンのメニューがあれば、全然事故の本質と関係ないようなものまで全部記載しなければいけないかということ、当然、そんなことは想定していなくて、記載が必要ないと思えば記載しないままにできるような形にはしております。そういうものでございますので、基本的には細かくすることが、必ずしも回答負担につながるということではなくて、かえって回答しやすくなる面もあると思いますので、細分化するほうがよいということであれば、基本的にはその方向で検討はしていきたいと思っております。

小原委員から、例えば点検の周期、定期的か不定期かというところで、定期的にやっているのだったら、もう少し具体的には記載できないのかというご趣旨のコメントについては、現時点でそこを書き込むということ、この資料が想定しているわけではないのですが、技術的にそこは可能なので、そういった必要性が高いということであれば、そこも検討する方向でよろしいかなとは思っています。

私からは、以上です。

前田座長 よろしいですか。

皆様、ありがとうございます。

何点か修正や御意見をいただきましたので、皆様方の御意見を踏まえて修正を検討していきたいと考えております。

修正につきましては、私、座長と事務局に御一任していただいでよろしいでしょうか。また、委員の方の御意見を必ず事前にお伺いするようにいたしますので、どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして「検証実施中の自治体へのヒアリング結果について」を事務局より御説明お願い申し上げます。

堀内企画官 それでは、私から、御説明いたします。座って失礼します。

資料2「教育・保育施設等における重大事故の事後的な検証の実施自治体からのヒアリング等について」でございます。この資料は、今年の夏ぐらいに座長と事務局において、現在、検証委員会を立ち上げて検証中の自治体にお邪魔しまして、現在の状況をお聞きした内容です。

まだこれらの検証委員会は進行中でございます。ですが、概要を御報告しておきたいと思えます。なお、自治体名は現在、検証進行中ということもあり、自治体名は控えさせていただきます。

1ページの「(1)検証委員会の運営状況について」ですが、まず、委員の選出については、児童福祉審議会、子ども・子育て会議等の児童福祉関係の審議会と、保育現場の経験者などから委員を選出してございました。

次に、委員数についてですが、5名から7名規模で実施しており、事案によって委員の職種の構成を変えることを想定している自治体もございました。

あとは関係者のヒアリングについてですが、検証委員会を非公開にした上で検証委員会として実施するパターンと、検証委員会とは別に非公開の場で行うパターンがありました。

事前準備から第1回開催までの期間でございますけれども、少なくとも1か月から2か月の期間を用意していたということでございます。

開催回数については、10回程度の開催が予定されておりました。

裏面に行きまして「(2)問題点等に関する検証実施自治体からの主な意見」を御紹介いたします。1つ目でございます。関係機関(消防や病院等)でございますけれども、関係機関の情報不開示や警察による押収で、記録の取得が困難なケースがあったということでございます。

2つ目は、客観的な証拠がなく、事業者、保護者等の関係者から聞き取った情報が相互に食い違って、何が事実かの判断が難しいというケースがあった。

3つ目でございます。死因が明らかではない段階で検証することは難しい、と感じた。

4つ目は、事故当日に、保育士等の職員から話を聞くことは難しい。少し時間が経って

から職員に確認することとなる。事故発生後に速やかに職員が記録をとっていただければいいが、現実的には記録が必ずしもとられていなかったということ。

5つ目は、同時期に重大事故が複数起きた場合、複数の検証委員会を同時並行で運営することは、規模の大きな自治体でも困難であろうと感じたということでした。

以上が主な意見でございましたけれども「(3)今後の方向性(案)」で書いてございますように、今後も検証委員会による検証を実施した自治体からのヒアリングを実施して、問題点等を把握していきたいと思っております。今後、複数の自治体から把握した問題点について、国としてどのような支援ができるか、支援の仕組み等について、この有識者会議において検討を行っていただければと思います。

以上で私からの説明は終わります。

前田座長 ただいまの御説明につきまして、御質問などがございましたら、お願い申し上げます。

升田委員、どうぞ。

升田委員 座長がこちらを向かれましたので、一言お話ししないといけないのかなという気がして発言させていただくわけですが、今後ともヒアリングを実施されて、問題点を把握していくようですが、聞けば聞くほど問題点ばかり出てきて、結局收拾がつかなくなるというか、つまり、事後検証はその前提として非常に難しい作業であるということなのです。

事故が起こっているから、容易にできるように思われがちですがけれども、それは必ずしもそうではない。個別のケースで言えば、いろいろな問題点が出てくるということだと思います。それをいちいち取り上げていては、多分、大変で、もうちょっとちゃんとしなさいと言ってあげたほうがいいのかなという気もしないでもないのですが、そういったことは別といたしまして、証拠をどうやって収集するかと、集めた証拠をどうやって認定し、評価されるか。こういうことに尽きるわけですが、これは古来非常に難しい問題として考えられていまして、よほど決定的な証拠がない限りは、判断される方の能力とか経験とかが非常に重要な要素になるわけですし、仮にそういういろいろな事情があって、満足すべき状態にあっても誤ることは多々あるわけです。それは裁判の歴史が物語っているわけで、何もここ特有の問題ではないわけです。

そうしますと、何を解決しないといけないかは、山中委員から大分前にお話があった、証拠を事前にどうやって確保するかを含めた検討も重要で、あまりやり過ぎますと監視という問題、あるいはプライバシーの侵害という問題が出てくるのですが、そこはある程度合理的な範囲で検討できるかどうかというのが一つのポイントになるわけです。

ですから、どうやって証拠を確保しておくかという視点がなければ、事後検証もこういう困難な問題点をいろいろ羅列するという方向でしか、なかなか事態は進行しないという気がするわけです。

2番目に、先ほど御紹介がありましたように、いろいろな問題点の中で、関係省庁との

協力体制をどうやって構築できるかという問題もありまして、特に消防、警察との関係は非常に重要です。これはこの事故だけではなくて、ほかの事故では従前、10年、20年以上前から同じような議論がされていまして、その経過の中では、お互いにそれぞれ協力していただく範囲も出てきているのではないかと思うのです。ただ、警察の場合には、捜査という特有の要請があるものですから、容易に開示するということになりますと、今度は捜査に対する障害になってくることもあるものですから、そういったことには配慮しないといけないということがありますけれども、協力できるところは協力してもらえようなことは、一応の検討はできるのではないかという気がいたしております。

もう一つは、法令の根拠に基づく調査なのか、任意の調査なのかという視点もあって、法令に基づく調査のほうがより証拠を集められやすいですし、真実に近づけるということではあります。しかしながら、実際の事例を見ますと、法令に基づく調査であっても、事情聴取していろいろな意味でその内容に情報が集まると矛盾してしまうということが否定できないところでありまして、それが決定的であるとも言えない。

そうしますと、最後の最後には、担当される委員の方の能力とか経験とかが非常に重要になるわけですが、専門職についておられるからといって、それだけで適正な証拠の収集とかあるいは評価といったものができるというわけではありまして、ある程度は研修をしていただいて、それなりの知見の蓄積をしていただく必要があって、あまりそういう経験のない人がおやりになると、いたずらに相互に矛盾した事情聴取の結果があると、結果、両方とも、どちらかがうそを言っているのか、あるいは両方とも本当なのかということもあり得るわけで、見方によってはそういったことが両立するといえますか、うそを言っていないこともあるわけです。

そうしますと、そういうものを前提にしながらほかの証拠を踏まえて、どちらの方が認定できるかは非常に難しい問題でして、それを実際にはやっているわけですから、そういった事態があることが通常であるということと、そういった事態でも事実関係の認定ができるという具合に訓練しないと、なかなかそれは難しいわけですから、そういったことにも御配慮いただく必要があるのではないかということで、今後、問題点を把握されますと、それぞれの問題点について、解決策がたくさん出てくるようになりますので、そういったところをどうお考えになるかが今後の課題かなという気がいたしております。

前田座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

田中委員、どうぞ。

田中哲郎委員 私は検証委員会の目的を明確に理解できていないかもしれません。この委員会の目的は再発予防を主眼に置いて検証していくのかなと思っています。そう考えると、必ずしも事故原因がAかBかCを明確にはっきりさせなくても、Aの可能性もあるしBの可能性もあるしCの可能性、そのときにどうしたら再度事故が起きないようにするかを考えればいいので、必ずしもAと原因を特定しなくてもよいと思います。Aだったら

こういう危険があって、こういう改善が必要だ。Bだったらこういう危険があって、こういうものを改善する。そのような理解をしないと、裁判ではないのでないの事故原因を決められないケースもあると思います。少し視点を変えないといけないと思います。検証委員会は警察の捜査でもないし、裁判所でもないということを理解しておかないといけないと思います。

私は100%分からなくてもいいのかなと思っています。こういう危険が潜んでいたよねということは明確にできれば、それは進歩なのです。それがこの検証委員会の目的なのかなと理解しているのですが、違ったら座長、教えてください。

前田座長 どうぞ。

竹林参事官 ありがとうございます。

今、田中委員からおっしゃられたことは、私はそのとおりだと思っております、まさに升田委員から御指摘のあったとおり、何が真実か、もちろん分かればそれに越したことはないのだと思いますが、もし事実認定が間違っていたら、その検証自体がおかしかったみたいな話になると、自治体としてもやってられないのではないかとともに思いますし、目的はとにかく再発防止でございますので、仮に事実認定のところでも、田中委員がおっしゃられたような、意見が分かれるところがあったとしても、それぞれのそうではないかと思われる事故の原因に即して事故再発防止策はこんなことができたのではないかということが議論されれば良いのではないかと。この検証は起きてしまった事案についてどうだったということよりは、むしろそこから得られたレッスンを将来的に同じような事故が起きないようにするために役立てるといことが主眼なのだろうと思いますので、そこは私としては、田中委員の認識と全く同じ認識を持っていたところでございます。

前田座長 ほかにございますか。

山中委員、どうぞ。

山中委員 山中です。

自治体の検証委員会とこの有識者会議の関係がよく分からないのですけれども、自治体で検証をすると、多分、何か報告書が出るのですね。その報告書が、ここに上がってくるわけですか。ここでどういう検討をして、どこにフィードバックするのですか。各省庁に言うのか、あるいはメディアを通じて言うのか、そこら辺の有識者会議と自治体検証の関係がいま一つ私にはよく分からないので、お考えをお聞きしたいのです。

竹林参事官 自治体の検証は国に報告していただくことになっております。

山中委員 それは義務ですか。

竹林参事官 義務ではございません。ただ、それは事後の検証をしていただきますという通知の中で、そのような整理になっています。

山中委員 自治体は別に検証しなくてもいいのですか。

竹林参事官 法的な義務ではないのですけれども、今のところはそういう運用で事後の検証をお願いしていて、検証した結果がまとまった際には国に報告してくださいというこ

とになっております。

検証結果をもとに、後ほど資料3で御説明いたしますけれども、この有識者会議で各検証に当たっていただいた自治体なり、そこで設定していただいた検証委員会の方から、ヒアリングをしていただいて、後の資料の説明とかぶってしまうのですが、自治体でなされた検証がよかった、悪かったという評価ではなくて、そこから導き出される再発防止策がどのようなものなのかとか、今、まさに自治体で、手探りで検証をなさっておられると思うのですが、本来あるべき検証のプロセスはどのようなものなのかみたいなことも、今後会議を回していく中で定型化していかないといけないと思っていますので、過去のことはともかくとして、将来的な検証はもっとこうあるべきではないかみたいな御議論をここでいただくことによって、検証の精度も上がっていくと思いますし、自治体の負担も徐々に緩和されていくのではないかと思いますし、そのことを通じて、再発防止策が進化していく。そういうことを期待しているところでございます。

前田座長 今、ちょうど山中委員からの御質問が、参事官から御説明がございましたように、今後のこの有識者会議の進め方にもかかわりますので、次の資料を説明していただけますでしょうか。

竹林参事官 お手元の資料3「今後の有識者会議の進め方について(案)」という資料でございます。

今後、有識者会議におきましては、自治体でなされる検証の報告をベースに討議を重ねていただきまして、それに基づきまして、事故防止対策のための御意見、御提案といったものをまとめていただくことに重きを置いていくこととなります。

自治体からの検証報告につきましては、今年度から通知でということではございますけれども、お願いをしております、先ほど途中経過的な状況の御報告を差し上げたところでございますが、まだまだ各自治体、まさに手探りの状態で、さまざまな課題を抱えながら、悩みながらお進めいただいている状況でございますので、検証結果の報告がなされるまでにそれなりの時間がかかるのではないかと考えております。

そういったこともございまして、次回以降の有識者会議の持ち方につきまして、大まかなイメージを共有していただいたほうがよろしいかと思ひまして、関係の資料を用意させていただいたところでございます。

あとは書いてあるとおりなのですが「基本的な考え方」をごらんいただければと思ひますけれども、これはこの会議の目的について再確認するためのものでございます。先ほど山中委員からも、まさにコメントがございましたとおり、この会議における検証自治体からの検証報告についての議論は、再発防止に関する取り組みを推進するためのものでございまして、個々の事案についての死因の究明でございますとか、検証内容あるいは検証プロセスの適否、この検証はよかった、悪かったとか、そういうことを評価していただくためのものではありません。

言いかえますと、自治体において実施された検証は、基本的にその結果を尊重する。そ

ういうスタンスである必要があると思っております、個々の検証について、ここはこうすべきだった、ここはおかしいとか、そういう議論をして、自治体において実施された検証を蒸し返す目的で御議論をいただく場ではないということでございます。

ただ、先ほどちらっと申し上げましたけれども、今後の検証をよりよい形で行うために、検証ノウハウといったものを蓄積していく必要もあるかと思いますが、そうした観点から、検証プロセスについてどういう観点で検証したかという確認を行うところまで排除されるものではないと考えているところでございます。

次に「基本的な進め方」とある部分でございますけれども、 に記載してございますように、検証を実施した自治体からのヒアリングを今後、この場でやっていきたいと思っております。これは自治体の検証報告がある程度の数、目安として3件から5件を現時点では想定と書いてございますが、こういう複数の事例が出された時点で検証報告後の自治体からヒアリングを行うこととしたいと考えております。

このヒアリングにつきましては、非公開で行うことを考えております。また、非公開でヒアリングを実施していくという趣旨を踏まえ、委員の皆様方の守秘義務を明確にさせていただいた上で、ヒアリングを進めていく必要があるのではないかと考えております。

なぜ非公開なのか、ということでございますけれども、各自治体からの検証報告自体は基本的に、最終的には公開されることを想定しておりますが、保護者の心情などに配慮しまして、その報告に至る過程の議論自体は非公開で行われるという状況が想定されるわけでございます。

そうした状況の中で、仮に有識者会議のヒアリングを公開でやるといたしまして、自治体を実施した検証についてヒアリングをしますと。どうぞ忌憚のない御議論をと申し上げたとしても、ヒアリングをする側もされる側も、御家族の心情などを考えていただいたときに、何をどこまで聞いていいのか、何をどこまで話していいのかも非常に悩まれる状況も想定されるわけでございます。

そういうことで、忌憚のない活発な御議論をヒアリングの際に賜るためにも、ここは公開という形ではなくて非公開で行う方がいいのではないかと考えているところでございます。これはある意味、データベースの掲載情報を保護者の了解を得られたものに限定しているというのとほぼ同じ考え方でございます。

と申しましても、有識者会議をずっと非公開で行っていくわけにもいかないと思いますので、 に記載してございますとおり、言葉は悪いかもしれませんが、ある程度の数のヒアリングをこなした後に、適切なタイミングでそこまで積み上げたヒアリングにより得られたさまざまな知見を踏まえて重大事故防止に資する方策の整理などについての御議論をいただく機会を、原則公開の会議を想定しておりますが、そういった形の議論を行っていただくことによって、いわゆるPDCAサイクルを回すような形で、再発防止策を推進するための取組を進めていければと思っております。

ただ、今のところ、具体的にどの程度の数を経験していけば、そういう再発防止策に対する整理といった議論をするのにふさわしい状況になるのかにつきましては、現時点では明確に申し上げるのは難しいと思っております、この点については、今後、ヒアリングを重ねていく中で、委員の方と相談しながら適切なタイミングを図っていくしかないのかなと考えております。

そうしたこともございまして【 、 の留意事項】の1つ目に記載しましたように、会議の回数、開催時期などにつきましては、検証報告の内容、件数などを踏まえて判断していくと記載しているものでございます。

なお、途中経過ではございますけれども、ヒアリング実施中の自治体からさまざまな御意見をいただいているところでございましたが、なかなか大変な状況の中でなさっているということがございますので、検証に関するノウハウ的なものを自治体間で共有していただくことが非常に重要だと思っております、そうした意味では、この有識者会議とは別途、検証を実施された自治体と、これから、検証を行うような自治体などの間で、検証に関するノウハウとか、あるいは留意点とかの情報共有を行うための会議を、これも率直に意見交換していただくために非公開で実施していくことをすればどうかと考えております。そのことを【 、 の留意事項】の2つ目のポツに記載してございます。

そこで、有識者会議でのヒアリングでございまして、今、申しあげました情報共有会議から得られた検証プロセスについてのさまざまな知見あるいは留意点といったことを、意見交換会に参加しない自治体にも、何らかの形でフィードバックをする。例えば検証通知を改正して検証プロセスについてより詳細に示すのが一つのやり方かなとは思いますが、そういう形で進めていくかは今後、進める中で考えていくことだと思っております、そういったことを通じて、国としても検証実施自治体の支援をしていきたいと考えてございます。

今、申しあげましたような形で、PDCAサイクルを回していく中で、事故報告様式でございまして、データベースの充実、あるいは3月末に策定をいたしましたガイドラインの改善についても、必要に応じて検討いただくということを想定してございまして、そのことが に書いてあることでございます。

今、御説明をいたしました基本的な考え方、進め方を踏まえまして当面の有識者会議の日程イメージを別紙のとおりお示ししてございます。

表の下に で記載しておりますけれども、会議の時期あるいは頻度などにつきましては、自治体から検証報告がなされるタイミングでありますとか件数、自治体からのヒアリングでどんな議論がなされるのか。さらには、そこでの議論を通じて委員の皆様方が会議の進め方についてどのようにお感じになるのか。そういったさまざまなことに左右されることとなりますので、この日程イメージ自体はかなりふわふわした感じには見えるかもしれませんが、今、申しあげたようなことを踏まえまして、まさにヒアリングを進めながら考えていければと思っております。

なお、先ほど守秘義務について触れましたけれども、今、申し上げました趣旨に御賛同いただけるようであれば、この会議の開催要綱がございますので、その中で委員の皆様方の守秘義務を明確化するための改正を施したいと思っておりますので、後日、改めて委員の方には事務的に御連絡をいたしたいと考えております。

この資料については、以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

続きまして、今後の有識者会議の持ち方につきまして、栗並委員から意見書を提出いただいておりますので、栗並委員より御説明をお願いいたします。

資料4でございます。

栗並委員 わざわざお時間をおとりいただき、大変ありがたいです。

事務局から、資料3で、今後の有識者会議の進め方について、案で出てきておりまして、そこに関しては、私は全体として賛成しています。前回、第1回目のときは、自治体へのヒアリングはあまり前向きではないのかなという印象を持っていたのですが、既に幾つかの自治体にヒアリングされたところもすごくよかったと思いますし、今後、この有識者会議でもヒアリングをやっていくという形で案を出してくださったところもすごくよかったと思っています。

しかしながら、この進め方についての案だけだと、輪郭がはっきりしないと感じる部分もありますし、もう一歩進めてほしいと思う部分もあるので、そういった点について意見書にまとめております。

まとめるに当たりまして、この有識者会議の前進である保育事故検討会で、こういった文脈で議論がなされてこの有識者会議につながっているのかを再確認して共有したほうがいいのではないかと考えましたので、そういった観点でまとめました。

まず「1-1. 保育事故検討会における議論について」ですが、検討会では、主に以下の4点について議論を行ったと認識しています。1つ目は、事故報告のあり方とデータベース、2つ目はガイドラインの作成、3つ目は国と自治体を通じた事後的な検証のあり方、4つ目は事故の発生・再発防止のための指導監督のあり方です。

については、今日の有識者会議で既に議題とされていますし、今後も適時において検討を行うということで、資料3には書かれています。また、ガイドラインの作成についても、資料3で今後、適時に検討を行うと書いてあるので、これはいいのではないかと考えています。

一方、の事後的な検証のあり方、の指導監督のあり方に関しては、進め方の案の資料3に記載がないのですが、やと同じように、今後も引き続き適時に検討を行う必要があると考えているので、その理由を以下の1-2、1-3で記載しています。

まず「1-2. 事後的な検証のあり方について」ですが、既に事務局でヒアリングをしていただいた今日の資料2でも、既に検証実施上の課題が表出していて、その解決をしていく必要があると考えています。

今後、こちらの会議でも自治体ヒアリングを実施することになると思われませんが、そこで課題として認識された事項については、ヒアリングを積み重ねた上でやっていくこととされている自治体ヒアリングを踏まえて開催する公開の会議で議論を行って、自治体が検証をより実施しやすくなるような形にするにはどのようにしたらいいのかを検討を行う必要があると考えています。

先ほど資料3の説明の中で参事官もおっしゃっていたのですけれども、検証通知を改善してよりやりやすい形にするのは一つ的手段だと思っておっしゃっていましたが、私も本当に同じように考えていまして、ヒアリングの中で課題として出された事項について、検証通知の改正を行うことも考えていく段階が来るのかもしれないですし、それとは別途に通知を発出することなども考えられるかなと思っています。

例えば、資料2の自治体ヒアリングの中の(2)の最初で、関係機関の情報不開示などがあるので、こういったところで、関係機関から情報を得られやすくなるような協力要請の通知をしていくことなども考えられると思います。

今日になって気づいたのですけれども、資料2の「(3)今後の対応の方向性(案)」の中で、検証について国としてどうやって支援をしていくかとかも有識者会議で検討を行うということ書かれているので、進め方の案の資料3にはなかったのですが、今、申し上げたような事項も今後、この有識者会議で検討するべき事項ということで、事務局においても考えておられるのかなと思いました。

続いて「1-3. 指導監督のあり方について」です。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は、保育事故検討会における議論を踏まえて次の趣旨で通知が新たに発出されています。

まず、新制度で市町村には新たに確認権限が付与されていますけれども、この権限に基づいて指導監督をどう行っていくのかについて、施行後も指針がない状態が続いていましたが、今般、それについては新たに指針を作成して通知として発出がされました。

また、定期的な監査ではなくて、特別な場合に実施する監査について、実施の要件等を通知で明確化していただいたかと思っています。これまで死亡事故が発生しても、監査にすぐに入らないということも実際にあったのですが、死亡事故等が発生した場合はもちろん、児童に重大な被害が生じるおそれが認められる場合には、指導監査等を行うことを基本としまして、そういった監査等については、事前通告なく行うことができるということも明確化していただきました。

こうした通知は、事故の発生とか再発防止を目的として発出されたものなのですが、そういったものが本当に機能していたのか、不十分な点はなかったかが検証結果であったり自治体のヒアリングから見えてくると思いますので、こうしたことも引き続き検討していくべきと考えています。

続いて、2番と3番は、保育事故検討会の最終取りまとめで記載されていたことの再確認です。

最終取りまとめで「事後的な検証に係る地方自治体及び国の取組について、現在は法令上の規定はないため、今般、本取りまとめを受けて、地方自治体及び国の具体的な取組状況を踏まえ、必要と判断される際には、法令等の整備など更なる実効性のある取組を検討していく必要がある」と書かれていまして、こうした点についても、適時に検討を行うべきと考えます。

また、事後的な検証を目的とした施設等に対する行政の立入調査権限についても規定がないので、こうしたところも検討を行うべきと考えています。

こういった法律的な裏づけを整備していくことで、事故後の調査や検証がよりやりやすくなるのではと感じているので、検証を何年か積み重ねたところで、こうした法令の整備の検討も行っていくべきではないかと私は考えています。

続いて「3. 事故概要の作成について」ですが、最終取りまとめにおいて、四角で囲んだとおりの記載があります。国に報告された死亡事例のうち、地方自治体による検証報告が行われた事例を整理した上で概要を作成するとあるのですけれども、概要ペーパーの作成に関して、具体的な進め方がいまだ示されていないので、検討を行う必要があると考えています。

事故について、情報共有をしていくという意味では、現場の方々が一番ごらんになるのが事故概要ペーパーになると思うので、これは非常に重要な点だと考えます。

概要の作成については、恐らく事務局を中心に具体の作業をしていただくのではないかと考えているのですけれども、作成に当たって、子どもの発達であったり、医学とか保育・教育の現場の現状について、具体的な知見が必要と感じるので、例えばですが、ワーキングチームを設置して助言を受けるとか、場合によってはワーキングチームで具体的な作成作業を少し担ってもらうことも考えていってはどうかと考えています。

最後に【参考】として載せたのですけれども、この有識者会議の位置付けというか、有識者会議が議論を通じてこういったものを世に送り出して、PDCAをどのように行っていくかについて、まだこの場でイメージが共有できていないように思っています。あくまでも私のイメージなのですけれども、議論のたたき台になればと思って、提示をしようと思っ

て書きました。

まず、一つ一つの個別の事故事例については、3番に書いた事故の概要のペーパーを発出することで、現場であったり社会において情報共有をしていくことになるかと思えます。

事例の蓄積であったり、いろいろな事例を横断的に分析することなどを踏まえまして、注意喚起する通知を発出したり、必要に応じて関連する法令や通知等を改正したり、新たに出すことをしていくことになろうかと思えます。

それがこの有識者会議のアウトプットなのですけれども、こういったアウトプットに関して、自治体のヒアリングなどにおいて運用状況などを分析して、それで継続的に改善を行っていくという形でPDCAサイクルを回していくことになろうかと私は考えています。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

ただいまの竹林参事官の説明と栗並委員からの御意見につきまして、御質問、御意見などがございましたら、お願い申し上げます。

升田委員 資料3と先ほどの資料2の問題に関連するのですが、まず、既に出されていますガイドラインを拝見しますと、目的は先ほどの議論でそのとおりなのですが、ただ、いろいろ事情聴取、証拠を収集して、事実を認定しなさいと。非常に詳細な項目を挙げられているわけです。

私は、何も裁判と同じようにやれと言ったつもりは全くなくて、そんなことはあり得ないわけですし、できないわけですが、ただ、事実認定の基本は常に同じなのです。

まず、考えていただかないといけないのは、事故が不幸にしている民事、刑事の裁判になったときに、事後検証の委員会でお作りになる報告書、それが最終的にどういうものかは分かりませんが、これが関係者によって、主に弁護士になりますが、いろいろな形で証拠として求められる。それは拒めないのだろうと思います。ですから、証拠として提出を求められるという事態は想定して考えないといけないのです。

その次に、先ほど非公開でやるという具合におっしゃっていましたが、それは御本人たちが非公開と思っているだけで、ほかの法令上非公開として取り扱われるかどうかは、必ずしもそんなことはなくて、提出を求めるいろいろな法令がありますので、それに基づいて提出を求められたときに、その限りでは非公開ではなくなるわけです。

さらにそこで事情聴取をされたいろいろな書類をお作りになるはずですが、そういった録取書のようなものも非公開になるかどうか。これも一つ検討しないといけないと思いますけれども、従前の例で言えば、本当に提出を拒めるかどうかは疑問になるわけです。そうしますと、ある程度そういう場面に提出されるということが前提で考えないと、そこは先ほどの御紹介では、必ずしもそうだという具合にはいかない気がいたします。

さらに言いますと、参画された調査委員会といいますか、検証委員会の委員の方。この方は現実にそういう調査に対応されて、一定の結論を出しているわけですから、そうしますと、証人として喚問される。証人として申請される可能性もあるわけです。

現に過去の事例を見ますと、そういった調査に参画した人が、承認申請をされたり国の機関の担当者が証人尋問を受けたという事例もあるわけですから、そういったところを一体どうお考えになっているのかが分かりにくいというか、先ほどの御説明では、必ずしもそうだというわけにはいかない。このペーパーの限りでは非公開ということですが、最終的に非公開という取扱いがほかの関係でも尊重されるかどうかは疑問があるということになるかと思えます。

ですから、ぜひ先ほど申し上げましたように、今回、提出されています資料2で、地方自治体の方が疑問に思っておられるというのは、何もこれは裁判を前提として疑問に思っているわけではなくて、普通の調査一般でも問題になるから、こういうことを御指摘になっていますし、現実の問題になりますと、さらに弁護士が代理人その他で関係者の立場に

立って活動することになりますと、さらに複雑な問題になってきて、今度は、弁護士は弁護士の独自の権限がありますので、そういったものにどう対応されるかも、前提としては検討されないと、何でこんな人が検証委員会のヒアリングなどに来たのだといっても、弁護士は弁護士で、それぞれの職業で活動するわけですから、ここでの論理が、要するに、そういう外での場面でどの程度最終的に通用するかは想定しないと、先ほど御説明があったような、目的がこうだからという具合だけでは、なかなか外の場面でその論理は通用しない可能性が高い。

こういうことはこの段階で念頭に置いていただく必要がある。もっと総括的なといえますか、幅広い項目について、どなたかが認識し、御検討いただく必要があるのではないかという気がいたしますけれども、何も裁判になったからどうのこうのではなくて、そのプロセスにおいてもなお、いろいろなことがあり得るということは、ぜひ念頭に置いていただきたいと思います。

前田座長 山中委員、どうぞ。

山中委員 山中です。

今日の議論を聞いていて、かみ合わない点があるので、2つに問題を分けた方がいいと思うのです。

地方自治体関係の検証と言っているのは、多分、これは死亡の事例ですね。もう一つはデータベースで、これは今年の9月までに600例以上が登録されています。

データベースはただ単に羅列するだけではなくて、利活用するためのデータベースであるべきなので、それについては、ワーキンググループを作って検討する必要がある。各保育者が自分でホームページをあけて、それを見て判定するなどはまず、実際問題できないことです。

ということで、例えば半年に1回とか、それまでの数百例のデータを検討して、鉄棒からの落下が多いとか、そのとき下はコンクリートだったとか、いろいろなデータを集めて、それで栗並さんがおっしゃったように概要を出すような、そういうデータベース活用のための方策を考える必要があるのではないか。

今日はデータベースの項目についていろいろな意見が出ましたけれども、そういうワーキンググループで検討することによって初めて、この項目は要らないとか、この項目はどうしても必要だということがだんだんわかってくるのではないか。ともかくデータベースの利活用のための作業をしないと、何千例、10年たって何万例も集めても、活用されなければ意味がないわけです。

そういう分析をすることと、あと一つは、本当に保育者がそのデータベースを利用しているかどうかの調査をして、どうしたら利用してもらえるようになるかを考えるように、データベースの利活用のシステムをつくるのが大切だと思います。

死亡例に関しては、もちろん、いろいろな問題があるので、それはそれで検討が必要なのですが、それとデータベースの利活用は分けて考えていただいた方がいいのではないかと

というのが私の意見です。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

鈴木委員、どうぞ。

鈴木委員 鈴木です。

私はよくデータベースを拝見しています。7月1日から9月30日までの報告では事故の概要として死亡例が5件出ていて、その内1件はSIDSで残りの4件は空欄になっています。

今、山中委員のお話を伺い、どんなところでどんな事故が起きているのかを知るだけでも、私たち現場としては、注意喚起につながると思うので、分けてくださった方がいいと思いました。空欄になっている理由は、個人情報などへの配慮があつてのことだと思っておりますが、負傷のほうは何百件とあり内容も詳しく書いてあるのですが、死亡例については読み取りたい事故の概要が空欄になっているため活用ができていない状況があります。

ここについて、改善していただきたいと思いました。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

よろしいですか。

竹林参事官 貴重な御意見ありがとうございます。

升田委員から、かねてこの問題点の御指摘を受けておりまして、本当に御指摘のとおりで難しさを抱えながら進めてきた経緯がございます。

確かに委員がおっしゃったように、非公開としてこちらが取り扱いたくてもそうもいかないケースが出てき得るということはそのとおりだと思います。

そもそも公開での議論は多分、問題外ということになるのだと思うのですが、非公開でやっても今のような話が出てくる。さはさりながら、それを恐れていると、例えば出てきた報告書の文書だけを委員の方に審査していただくみたいな話になるものですから、それはそれでやりづらさがあるのかなと思います。

もともとからの根本的な難しさなので、すぐどう解消していくかは難しい面もありますけれども、少なくとも自治体からヒアリングに出てきていただくときに、このようなケースにおいてはもしかしたら関係資料の提出を求められる可能性はありますよということは、国の方で整理をして、そういう可能性については認識をしていただいた上で御参加いただくとか、できる範囲で工夫をしていければと思っております。

栗並委員の意見書についてでございますけれども、事後の検証の通知の改正につきましては、まさに自治体間の情報共有会議でございますとか、今後、進めていければと思っているヒアリングを通じて知見が蓄積されていって、通知を改正すべきだということであれば、改正すればいいのかなと思いますけれども、そこは議論の成り行き次第かなというところでございます。

事故概要のワーキングをという話でございますけれども、これもまずはヒアリングをやる中で、具体的な事例の概要、資料を国でまずは事務的に作るのだと思いますが、そういう具体的な作業を通じて、そのあたりの必要性なども考えていければいいのかなと思っております。

あとは、死亡事故の検証は検証として、蓄積されたデータベースの分析のためのワーキンググループチームをみたいなお話もございました。そこもこの場でぱっとやる、やらないと決めるのも難しいものでございますので、引き続き検討させていただいて、また御相談させていただければと思っております。

私の方で今、申し上げられることは以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

皆様方からの今後の運営方針や進め方について、さまざまな御意見をいただきましたので、事務局と座長で相談させていただき、今後の方向性をまた考えていきたいと思っております。

必ず事前に委員の方に御相談いただきますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

続きまして「その他」といたしまして、3点ほど参考資料の説明が事務局よりございます。

よろしく申し上げます。

堀内企画官 それでは「その他」として、参考資料1、2、3がございます。机上に配付してございます。御説明いたします。

まず、参考資料1「企業主導型保育事業の概要」でございます。これは本年度から実施してございまして、その概要を記載してございます。

時間がないので、簡略的に御説明いたしますが、1ページでございます。御存じのとおり、現在、待機児童問題が政府の最優先課題と位置付けられております。この背景にございますように、一億総活躍社会の実現に向けて、子ども・子育て支援法の一部を改正しまして、赤字に書かれておりますとおり、事業主拠出金を拡大しまして、5万人分の保育の整備をするために、企業主導型保育事業を創設したところでございます。

おめくりいただいて、2ページでございます。「3.利用できる子ども等」についてですが、従業員枠のほかに地域枠として、50%以内で任意で設置できるということになってございます。

2ページの下の方に「4.職員配置基準」が書かれてございます。職員配置基準につきましては、認可の小規模保育事業などと同様でして、年齢に応じた職員数プラス1名の加配を行っております。また、半数以上は保育士資格を必要としておりまして、残りの保育従事者についても研修を受講することになってございます。さらに、保育士の割合が増えるごとに補助額も増える仕組みとなっております。

続きまして、3ページの「5.設備等の基準」ですけれども、これも認可の事業所内保育事業と同様の基準となっております。

「7.保育の実施及び子どもの安全に関する事項」についてでございますが、保育所保

育士指針を踏まえ、保育を実施するとともに、事故防止のガイドラインを参考に適正に行うこと、また、事故報告や保険の加入を義務化しているところでございます。

続きまして、4ページは「8. その他留意事項」がございまして、この事業は児童福祉法上の認可外保育施設の規制がかかることとなっております。都道府県への届け出と指導監督を受けることとなります。場合によっては、改善勧告、事業停止、施設閉鎖の命令等を受けることとなります。

あとは に書いてございます。第三者評価の受審に努めることとか、 の苦情窓口の設置義務も課しているところでございます。

また、ここには書かれてございませんけれども、過去5か年に行政から事業の停止とか施設の閉鎖命令を受けた場合には、助成はしないことになっております。さらに、この事業の助成団体がございましてけれども、必要な場合は施設に対して調査ができるとともに、助言指導ができると。事前通告なしでも立入調査が可能ですし、仮に不正な事実が判明した場合は、最終的には助成決定の取り消しもできることとなっております。

以上が企業主導型でございまして。

引き続きまして、参考資料2は子どもの事故に関する関係省庁連絡会議の開催についてでございます。この関係省庁連絡会議は、消費者庁が音頭を取って、本年6月に第1回目の会議が開催されたところでございます。おめくりいただいて、裏のページに、この会議の趣旨が書かれてございます。子どもの事故を防止するためには、保護者の事故防止意識を高めるほか、教育・保育施設等の関係者による取組、子どもの事故防止に配慮した安全な製品の普及を総合的に取り組む必要があるという趣旨で、関係省庁が連携して取組を推進するため、この会議を設置したというものでございます。

「3. 構成員」で書かれてございますが、構成員は9つの府省庁にわたってございます。

今後は、情報交換を行いながら、効果的な啓発活動の検討を行っていく予定となっております。

以上が参考資料2でございまして。

最後に、参考資料3でございまして。これは10月5日付の三府省発出の、いわゆるガイドラインの周知徹底の事務連絡でございまして。この事務連絡は、残念ながら午睡中の事故が相変わらず発生していることを受けて、周知徹底の事務連絡通知を発出してございます。

この事務連絡には、特にガイドラインから抜粋して、睡眠時の注意点でございまして。2枚ほどおめくりいただいて、カラー刷りで書いてございます。あおむけに寝させることが重要、何よりも一人にさせないことの部分を強調いたしまして、ミニポスターを作成して、自治体と関係団体へ通知してございます。

あわせて、後ろのほうに睡眠時以外の事故防止の注意点も啓発しようとして配付したところでございます。

私からは、以上でございまして。

前田座長 ありがとうございます。

少し時間がオーバーしておりまして申し訳ございません。ただいまの御説明につきまして、御意見がございましたら、どうぞ。

二宮委員 時間がない中申し訳ございません。

今、3点の参考資料をいただきながら、いろいろな話を聞きながら、自分なりに思っていることなのですが、先ほどもヒューマンエラーという話が出たりしました。死亡事故がなかなかなくなるということで、再度周知徹底の通知も現場としていただいております。

とても現場で抱えているものは大きいということで、その辺の認識はなかなか現場にいないと分からないところがあると思うので、どこで伝えたらいいかなと悩んでいたら会議が終わりになってしまいそうなので、今で申し訳ございません。

データベースを見ていて感じることものですけれども、改善策として出されていることが、保育士の配置について言われている内容がとても多いと思いました。それは人数だけではなく、配置する場所だったり付く位置などもあります。

死亡事件事例に関しては、本当に詳細が分からないものが大半だったので分からないのですが、そのほかの重大事故に関しては、大半は最低基準の職員は配置されていると思いました。

さらに、配置基準以上配置している事例も本当に多いことに驚きを感じています。現場はやはりいろいろ考えているのだと思っています。その中で、改善策として出ているのは、職員が満たされているけれどもこういう事故が起こったので、さらにもう一名つけるようにしますと書いてある事例が、私としてはとても多いと感じました。

そんな中で、規制緩和であったりとか、いろいろな方向性が待機児童解消のために出されているのですけれども、そこは一步踏みとどまって考えなければいけないところかなと思っています。

先ほどの企業の資料の配置基準にもありましたように、例えば1歳児は6対1です。その6対1がどういう意味をなしているのかといいますと、子どもが12名いたとしたら、職員は2名です。

1日の生活の流れの中で、おむつ交換をする、トイレに行く、着替えを介助する、食事の準備をする、諸々の状況で職員1名が子どもから離れるもしくは1対1でかわる場面が多々あります。そんなときに、残された子どもは残り1名の職員、保育士で見ていることとなります。6対1はそういう意味があると御理解いただきたいと思っています。

多くの子どもたちを本当に安全に保育したいと思っておりますが、改善策にもあるように、場面に応じて職員が多目に配置される。そんなことが望まれていると思います。午睡時の死亡事故がなくなりませんが、ガイドライン、データベースの事例の中でも、『マニュアルの中では0歳児は5分間ごとに呼吸のチェックをするということが決まっていた。でも、できていなかった。』と書かれたものがありました。

現場と経営者の認識の違いがそこにあらわれているのではないかと思います。現場は、

お昼寝の時間、午睡の時間は本当にさまざまな多くの仕事をこなしていかなければならない時間帯でもあります。5分間ごとの呼吸チェックを行うには、専任の職員が必要になります。

そういったことから見ても、重大事故の再発防止という観点から見ても、保育士の働き方であったり配置基準であったり、処遇改善についても、何かしらの言及、提言がこの有識者会議で行われるといいのではないかと思います。

現場が変われないと、いつまでたってもいろいろなガイドラインや周知徹底の文書が出ても、改善はされていかないのではないかと考えております。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

ほかにございませんでしょうか。

東委員、どうぞ。

東委員 美晴幼稚園の東です。

必ずこのような会議でお願いするのですけれども、まだ新制度に移行していない幼稚園が多数ございますので、双方向に情報の遺漏がないように御配慮いただきたいと考えています。とりわけ幼稚園の場合、重大事故があまり発生しない年齢のお子さんを預かっていることもあって、なかなか意識が薄い面もありますので、特段の御配慮をいただければと考えているところです。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

小原さん、どうぞ。

小原委員 ちょうど今、来年4月の入園のことを考えている保護者がたくさんいらっしゃると思うのですけれども、この会議を出ている中でよく聞かれることとしては、死亡事故が幾つか起きておりますよね。

そういったことをニュースで知っているけれども、今、都内では系列の企業が、何十園も運営していらっしゃる会社がたくさんある中で、そういった会社で死亡事故が起きた場合に、その検証が済んでいないまま別の自治体で同じ系列の会社がまた来年4月に開園ということでどんどん認可されていくようなこととかが進んでいます。そういったところが果たして安全なのだろうか、別の自治体なのだから大丈夫なのだろうか、それを認可している自治体の方たちが別の自治体で起きた事故に関して、どのぐらい情報共有がされているのか、検証結果などがまだ出ていないし、出たとして、それがほかの自治体にも反映されていくのか、ということが心配されておりました。

昔は、何十園も運営するような法人はなかったのではないかと思います。先ほど経営者と現場の意識の違いというお話もありましたので、指導のあり方も、多くの園を運営する法人に関しては、もう少し違った考え方も導入したほうがいいのではないかと思います。

前田座長 ありがとうございます。

皆様どうもありがとうございました。

議事進行が、座長がうまくいかず時間をオーバーいたしまして、申し訳ございませんでした。

今回は、自治体からの検証報告についてのヒアリングと議論をお願いしたいと考えておりますが、日程につきましては、参事官から御説明がございましたように、ある程度の件数がたまりますと、私どもでいろいろ考えられるような材料が集まってからと思っておりますので、それらの状況を踏まえまして、事務局から御連絡させていただきます。

今日はさまざまな御意見をいただきましたので、それについても、座長と事務局で考えて、今後の方向性を修正したいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

本日の会議は以上といたします。

どうもありがとうございました。