

「第3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(非公開)」  
議事概要

<自治体からの意見>

- ・ 検証委員の人選は、専門性と広域性の両方を考慮し行おうとしても、専門家に関する情報が豊富でない市町村単位では難しい。
- ・ 個人情報保護法等の既存の法律の主旨・目的から、本検証に係る自治体が、警察・消防等、他機関から情報提供を求める権限がないため、情報収集に苦慮した。
- ・ 保護者から随時要望があったような事例もあれば、保護者との接触が難しかった事例もあった。
- ・ 疾病による死亡なのか、保育に起因する事故死なのか、によって検証のアプローチが異なってくると感じた。そのため、検証を始める段階で死因が明らかになっていれば、検証がしやすいだろうと感じる。
- ・ 再発防止の研修を行う際に適任な講師リストがあると助かる。
- ・ 国の検証通知( )につき、検証実施上役立ったとの意見がある一方、基礎自治体、都道府県、施設・事業者の役割分担が明確でない等の課題も指摘された。
- ・ 検証のためには、事実関係確認のための事故直後調査が重要である。一方、関係者が警察に聴取されており数日間接触ができない、警察が記録等を押収したため確認ができない等、保育行政による事故直後調査の難しさも指摘された。

「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(平成28年3月31日 府子本第191号、27文科初第1788号、雇児総発0331第6号、雇児職発0331第1号、雇児福発0331第2号、雇児保発0331第2号)」

<委員からの意見>

- ・ たとえば「プール・水遊び」についても、事故防止ガイドラインが十分に周知されていないために事故が起きるのではないかと。ガイドラインなどがすべての保育士に行き渡るよう、周知徹底を図る必要があるのではないかと。

- ・ 経験の浅い職員も含め、全員が研修を受けられるような体制を作るとともに、現場の職員全員が事故防止に関する情報・意識を共有することが重要。
- ・ 幼児であれば、自分で危険を察知する能力が身につくような保育をしなければならないが、乳児については丁寧な保育、個々の子どもに寄り添う保育が必要であり、そのことをみんなで再認識する必要がある。
- ・ 死亡事案の多い場面ではモニターを設置して、モニタリングを行い科学的な分析をする必要があるのではないかな。
- ・ 死因によって検証のアプローチが変わってくるので、警察・司法解剖の情報・データを入手できるようなシステムが必要ではないかな。
- ・ 保育環境ではなく本人の病的素因が死因となっている可能性もあるので、死因について分析する研究チームを作るべきである。
- ・ 検証報告書は探せば見つけられるが、保育現場では実行が難しい。具体的に要点を絞って情報発信するなど行政からの働きかけのあり方も検討する必要がある。
- ・ 検証報告書の内容や本有識者会議の提言を踏まえた事故防止対策を、養成段階だけでなく現場にもきちんと届くようにするための方策について検討すべきである。
- ・ 重大事故の防止や事故発生時の対応について養成段階から教えることや、主任保育士等のマネジメント能力を高めることが必要ではないかな。
- ・ 報告書、提言のあり方に統一性を持たせるため、国がひな形を示す必要があるのではないかな。
- ・ 検証制度開始前後のいくつかの検証事例を俯瞰しただけでも、共通点がいくつもある。例えば、その場に複数保育者がいても適切に見守りができておらず、個々の児童への注意が行き届かずに事故に至っている事例がいくつもある。
- ・ 短期的には、検証事例を多数集積して分析を加えエビデンスを得るところまでいかななくても、いくつかの事例を俯瞰して「このような場合に何件も重大事故が発生している」という具合に傾向を示すだけでも教訓を得られると考える。検証事例の集積を待つことなく、有識者会議として早期に注意喚起を行うべきである。

- ・一方で、もう少し長い目で見えて集積した検証事例を国としてどう分析するかということについては具体的に決まっておらず、早期に結論を出すべきである。
- ・検証報告を踏まえ、適宜ガイドラインの改定を行う必要があるのではないか。
- ・死因が不明の場合でも、保育のプロセスを検証していくことにより問題が見えてくる。プロセスの分析のために、当日の記録をとって残しておくことの重要性を周知すべきである。
- ・各自治体が手探りのなか苦勞して対応している状況が浮かび上がった。自治体は事故対応のための専門部署がないままにマンパワーを割いている状況にあり、国としての支援が必要なのではないか。