

保育所、幼稚園、認定こども園及び特別支援学校幼稚部
におけるバス送迎に当たっての安全管理の徹底
に関する関係府省会議（第2回） 議事録

1. 日時

令和4年9月20日（火）14:30～15:50

2. 場所

中央合同庁舎8号館8階 特別大会議室

3. ヒアリング対象者

駒崎 弘樹 全国小規模保育協議会理事（オンライン） 途中退席

渡邊 正樹 東京学芸大学教職大学院教授（オンライン）

吉川 優子 吉川慎之介記念基金代表理事

4. 出席者

議長 小倉こども政策担当大臣

渡辺内閣官房こども家庭庁設立準備室長

吉住内閣府子ども・子育て本部統括官

藤江文部科学省総合教育政策局長

藤原厚生労働省子ども家庭局長

日下警察庁交通局交通企画課長（オブザーバー）

久保田国土交通省自動車局技術・環境政策課長（オブザーバー）

吉住統括官

ただいまから、第2回「保育所、幼稚園、認定こども園及び特別支援学校幼稚部におけるバス送迎に当たっての安全管理の徹底に関する関係府省会議」を始めさせていただきます。

今回は、有識者の方々から、送迎用バスの死亡事故の再発防止に向けた緊急対策の取りまとめに向けて、ヒアリングを行わせていただきます。流れとしましては、有識者の方からそれぞれ15分程度御説明いただいた後、質疑をさせていただきます。

本日は、全国小規模保育協議会理事、駒崎弘樹様、東京学芸大学教職大学院教授、渡邊正樹様、吉川慎之介記念基金代表理事、吉川優子様からお話をお伺いします。皆様、御多忙のところ御参加いただきありがとうございます。

初めに、駒崎弘樹様、よろしく願いいたします。

駒崎理事

それでは、この提言書を基にお話しさせていただきたいと思います。提言書の内容は、いただいた項目に沿ってつくらせていただいております。

まず、今回の事案が発生した原因・問題点について書いてくださいという御用命がありましたので、我々なりに3点挙げさせていただきました。

1つ目は、「人の注意力やマニュアルに頼る安全管理」ということをございます。昨年7月の福岡県の置き去り死事故を受けて、国から都道府県に安全管理の徹底を求める事務連絡が発出されました。これを受け、静岡県でも園に対してマニュアルの見直しを求めましたけれども、監査ではマニュアルの詳細は確認されておらず、今回事故を起こした園において、適切な手順に基づいた安全管理は実施されていませんでした。やはり、事務連絡等を出しただけではなかなか難しいということがこれでも分かるのではないかと思いますし、マニュアルをしっかりとこなせるような園であれば、事故はあまり起こさないのです。やはり難しい園が普通にあるということを念頭に置くことが大事かなと思います。

2つ目、園バス自体に公的支援が不足しております。送迎のための補助金が全然十分ではないということがございますので、送迎に関わるスタッフが不足する一因となっております。バスを運行すること自体が大変だということをぜひ知っていただけたらと思います。

3つ目としては、人員不足です。これは構造的に保育園、認定こども園に関わる問題かなと思っております。配置基準の問題です。日本の保育士1人当たりが見なければならぬ児童数は、諸外国と比較して多過ぎるということが前々からずっと言われてきました。

こちらに表がありますがけれども、4歳以上のこどもを1人で30人見ると言われているわけです。これは、ニュージーランドの3倍、ドイツの3倍強ということで、およそ現実的ではない基準をある意味野放しにされてきたところがあります。これが保育現場の疲弊をもたらしていることは明らかでございます、そうしたことがバスの送迎などの人繰りの部分にも影響していると言えるのではないかと思っております。

次に我々の提案です。簡単に言いますと、保育園バス置き去り防止装置の設置義務化でございます。マニュアルの整備等によって人のミスを極力減らす努力は必要ではあるのですがけれども、人はミスをするものという前提で、人の注意力を補完するための園バス置き去り防止装置の設置の義務化が必須ではないかと思っております。

こういう事故が起こると、しっかりするべきだ、保育業界頑張れという形で、意識づけを徹底するのだみたいな精神論で言われがちなのですがけれども、それは医療事故でも何でもそうですけれども、事故というのが起こる前提で、起きたときにしっかりと対応できるという形、あるいは人の意識が低かったとしてもチェックせざるを得ないような仕組みを導入するのが非常に重要なのではないかと思っております。

義務化をしないと、意識の高いところはこういう機器を補助が出れば導入しようとなるのですけれども、意識の低いところほどなかなかそういうところに手を挙げないという問題もあるので、すべからく導入するのだよということをやっていただけたらと思っております。

ただ、義務化といっても、法改正をしないといけないということになりますと、また延び延びで遅れ遅れになってしまいますので、例えば認定こども園とか保育園は認可・認定

事業なので、例えばこうしたものを設置していなければ認定を取り消しますよと言えば、基本的には事実上の義務化になるわけですね。これは法改正でなくて、政省令などの改正、あるいはその下のレイヤーかもしれませんが、それによって実質上の義務化はできるのではなかろうかと思っておりますので、スピーディーに行える、そして実質的に義務化になるような内容でやっていただけたらうれしいなと思っております。

また、今回は川崎幼稚園ということで認定こども園が舞台になっているわけですが、この事故はどこでも起きる部分がございます。特に、特別支援学校などでもこうしたことが起き得る可能性もありますので、放課後等デイサービスとか特別支援学校など障害児用の施設も対象にしていただけたらと。これは見落としがちな点ですけれども、ぜひお願いしたいと思っております。

実際に、アメリカのカリフォルニア州で置き去り防止装置設置が義務化されたきっかけは、特別支援学校で19歳の男子生徒がスクールバスに置き去りになって亡くなった事件でした。そうした意味で、小さなこどももそうですけれども、障害のあるこどもたちも弱い立場に置かれがちですので、ぜひ御念頭に置いていただけたらと思っております。

義務化というところですが、装置の導入はお金がかかります。これを自腹でやってください、あるいは一部負担してくださいとなると、現場もただでさえ大変で、基本的にはあまり利益のない中で頑張っているという状況なのに、機器のお金がかかってきてしまうというとなかなか難しいということがございますので、ぜひ全額補助をお考えいただけたらと思っております。1つの施設で2つのバスを運用しているところがございますので、単位としてはバス1台当たりという形の補助にしていただけるといいかなと思っております。

登園管理システムもどうなのですかという御質問をいただいているのですが、登園管理システムだけではなかなか管理し切れないというのが現状ではないかなと思っております。今回も、亡くなった女の子が登園扱いになっていたということもありますので、そういった意味で、幾重にも対策を積み重ねていくのが重要なのではなかろうかと思っております。

他国の事例を少しだけ御紹介します。先ほど、カリフォルニア州で設置が義務化されたという話をしたのですが、インディアナ州では、2009年に置き去りが発生したときに、バス事業者には5営業日以内の行政への報告を義務づける法律を制定したそうなのです。報告のみということです。しかし、その後、置き去りは減少傾向を見せず、2018年には最悪の数値を記録したということがありました。10年近くで200人以上のこどもが置き去りにされているということがありました。なので、報告してくださいねというだけだとやはり難しく、機器、装置をちゃんと設置することを義務化する。かつ、それができなかった場合は監査のときに指摘して、認定が剥奪されますよという形で強制力を持たせていくのが重要なのではないかと思います。

各自でどうやっているのですかという御質問をいただきました。我々フローレンスの園

では、アクシデントとか事故は起きるものだよという前提で、隠すのではなくて、ヒヤリハットがあったら、出してくれたらむしろ褒めるよという形で今後に生かしていくということをしています。みんなが出してくれるヒヤリハットは重大事故を防ぐための大切な気づきのものだよということを繰り返し言って、心理的安全性を保って、それで「すみません、ミスしちゃって」ということがちゃんと出せるような仕組みにしています。

そうでないと、隠すようになってしまうのです。そうすると、ヒヤリハットがたまれば事故になるというところでハインリッヒの法則、ヒヤリハットの時点で対策をしておけば事故につながらない、そういった原則で、対応できなくなってしまうので、隠さないように心理的安全性をつくっていく。

アクシデントに関しては、アクシデントレポートというものを出してもらって、みんなで共有して、それに対して対策を打って、必要であれば書面化していくという形のPDCAを回しております。基礎的なことだと思えますけれども、こうしたことをしっかりとやっていくことが重要ではなかろうかと思っています。

それを踏まえて、では効果的なマニュアルはどのようなのですかという御質問もいただきました。これがなかなか悩ましいのですが、保育現場は本当に忙しくて、細々としたマニュアルを作成・更新したり、隅々まで文字を読んだりする暇がなかなかないのです。我々も本当にそこは苦労しています。なので、国のほうで今、マニュアルをつくらうということで行われていると思うのですけれども、分厚いマニュアルを配られてもほこりがかぶってしまうのが関の山だと思うのですね。

昨今では、工場現場とか現場系、民間では動画マニュアルがつくられるようになってきています。いろいろなアルバイトさんとかが見れば、大体手順が分かるようなものです。文字を読まなくても済むので、そうした意味では、いろいろなタイプの方がいらっしゃるのです。そうしたタイプの方に合わせて動画というのはかなり有効なのではないかと思っておりますし、マニュアルというよりはチェックリスト系ですね。箇条書きで、これをやりましたか、やりましたか、やりましたかというものにチェックするぐらいであれば、実行しやすい部分があるので、本当に分厚いマニュアルをつくるという方向性ではなく、忙しい現場で受容しやすいような動画とかチェックリストといった形にさせていただけるといいのかなと思います。

自治体ですけれども、こういった事故・事件があっても、こどもの命がなくなっても、非常にずさんな運用をしている園でも、なかなか認可は取り消されないというのが我々の業界の慣習なのです。なので、本当にまずい園は認可を一時的に取り消すとか、改善しないと取り消すよというような強制力を働かせるのは本当に大事なかなと思いますので、そこはお考えいただけたらいいかなと思います。

今の監査は、本当に細かい部分、微に入り細に入り指摘するというふうになりがちなのですけれども、それをやっても保育現場の負担が増えるだけですし、特に効果もないので、監査をすごく厳しくしていくみたいな方向性は微妙かなと思います。

それであれば、今ただでさえ人員配置基準がめちゃくちゃなので、配置の人員を増やしたり、こうした装置、システムを導入したりしていくほうが意味がある対策なのではないかと思います。

話題が変わりますけれども、今の第三者評価とか監査の在り方は本当に問題があるので、実際の保育の質を上げるみたいな方向性になっていないところがすごくあるかなと思います。これはどこか別の場で提起したいと思います。

以上、私どもからの発表とさせていただきます。置き去り防止装置の設置義務化、それに対する公的支援をぜひお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

吉住統括官

ありがとうございました。

駒崎様からの御説明等に関し、御質問のある方は御発言をお願いします。

小倉大臣

駒崎先生、どうもありがとうございます。お忙しい中、ありがとうございました。

私もこの関係府省会議での議論とか、視察をさせていただきまして、ヒューマンエラーを防ぐデジタル技術の活用を行うと同時に、職員による安全確保措置みたいなものもしっかりと強化をしていかなければいけないなと思いました。駒崎先生の言葉を借りれば、何か一つに頼るのではなくて、こどもの命と安全を守るための策を幾重にも講じていくことが必要なかなと思いました。

既にいただいております安全装置の導入等々に加えまして、今日、実際にお話を伺いまして、マニュアルのつくり方、動画のマニュアルをつくるとか、できる限り簡素かつ要点を絞ったマニュアルにしていくとか、大変参考になりました。これも含めて、しっかりと議論に生かしていきたいと思います。

その上で、1点だけ私から質問させていただきたいのは、6ページのところの組織文化の醸成であります。実際に視察に行った幼稚園では、園長先生が非常にしっかりしていらして、ヒヤリハットの事案の共有も含めて、あるいはほかの園で発生をした事故を踏まえて、自園の安全対策を強化することもされておりました。やはりトップがしっかりしていると、職員全体も安全に心を配るようになって、より安全対策が講じられていくという様子を拝見したわけであります。

一方で、組織文化の醸成というのは、政策的にもなかなか実行し難いところもあるのも事実でありまして、組織文化の醸成、特に経営層を含めた職員の意識の向上、こういったものを図るための具体的な施策みたいなものがあれば、ぜひ教えてもらいたいと思います。

駒崎理事

ありがとうございます。

先ほど話したことと重複してしまう部分もありますけれども、一つの事故の背後には、軽微な事故と何百ものヒヤリハットがあるので、危ないなと思ったことが積み重なると軽微な事故になって、軽微の事故が積み重なると重い事故になるので、ひやっとした、はっとしたところで気づいて対策が打てるかというのがすごく大事なことになります。

ヒヤリハット、ひやっとした、はっとしたというときに普通に言うと、あなたがしっかりしていないからでしょうという形で怒られてしまったら、二度とヒヤリハットを出すのをやめようとなってしまうわけです。

ですので、ひやっとした、はっとしたことを、例えば散歩のときに飛び出しそうになって肝を冷やしましたみたいなときに、言ってくれてありがとう、そうしたら、少し多動な子であれば何人かでするようにしようねというふうに対策を打っていけるわけですね。

そういったことを出していけるような文化づくり、風土づくりは非常に大事なのですが、これも言うは易し行うは難しで、本当にそうした空気をリーダーがつかれるか、あるいは園長先生がつかれるかみたいな話になってしまいます。

ですので、政策的にどうかということはあるのですが、一つ言えるのは、リスクマネジメントということは、保育士の養成課程の中では、やられているかもしれないですが、すごく割合が少ないのです。心理的安全性についてとか、ヒヤリハットについてちゃんと学んだ人はいますかと保育士さんに聞いたのですが、養成講座はそういうのはちょっとということを行っている方がかなり多かったです。

僕も具体的にカリキュラムを見切れていないのですが、もしかしたら、保育士、幼稚園の先生の養成課程の中で、事故というのは普通に起こるもので、ヒューマンエラーというのはあって、アメリカのスペースシャトルの打ち上げとかでも、NASAの中でエンジニアはみんな知っていたけれども、言えなかったということが大事故になったのですよとか、ある意味、職場の中でいろいろなことを率直に言い合える環境が実は事故を防ぐのですよ的な話を、カリキュラムの中とか養成課程の中、あるいは処遇改善の研修の中に入れ込んでいく。こうしたことは、もしかしたら政策レベルでもできるのではなかろうかと思いました。

吉住統括官

それでは、他の構成員の方、何か御質問はございますでしょうか。

ないようですので、私のほうから細かい質問ですが、1問です。

最近、こどものほうがSOSを出す、例えばクラクションを鳴らす、このような訓練をするような報道がなされていますが、こども自身もSOSを出せるような支援の在り方としてどのようなものが考えられるのか、駒崎先生の御意見をお伺いできればと思います。

駒崎理事

ありがとうございます。

クラクションを押そうねという訓練をやられているところもありますよね。それも一ついい方法だとは思いますが。また、こどもがばんばんと窓をたたいて気づいてもらおうということも一つの方法かなと思います。

ですが、2歳児がクラクションを鳴らせるかということ、なかなか難しいわけですね。また、障害のある子がそれをできるかということも、それも難しいこともあるので、そうなったときはこうやってやるのだよということの訓練はしつつも、先ほど言ったように複層的な対策ということで、置き去り防止装置的なものがある必要性があるかなと思います。

その他、いろいろなメディアで、例えば靴を脱げばいいのではないかと、靴が残されていたら誰が残っているということだからみたいなものがあるのですけれども、それはそういうオペレーションがしっかりできる場合はそうですけれども、基礎的なオペレーションがちゃんとできないようなところがミスをしてしまいがちということもあるので、それだけをやったらオーケーですよという対策はないのです。

ただ、それでもいろいろなものを組み合わせることが必要なのではなかろうかと思えますので、自助努力もしてもらいながら、一方で国のほうではマクロ的にこれをやりましょうという形でフェールセーフな仕組みを入れていく必要があるかなと思います。

御質問ありがとうございます。

吉住統括官

ありがとうございました。

ほかに構成員の方、何かございますでしょうか。

なければ、駒崎様は次の用務との御都合上、ここで御退室となります。大変ありがとうございました。

続きまして、渡邊正樹様、よろしく願いいたします。

渡邊教授

それでは、始めさせていただきます。

簡単に、最初に自己紹介です。今年の3月に、「第3次学校安全の推進に関する計画」が閣議決定されましたけれども、その策定を昨年度、中央教育審議会の学校安全部会長ということで行っておりました。そのことについても後でお話したいと思えます。

早速、中身に入りたいと思えます。

文科省の調査で、平成30年度実績ですから30年度の3月の段階での状況ですけれども、スクールバス、送迎バスをどれだけ利用しているかということ。これは、安全対策としてのスクールバスということ。すなわち交通安全とか防犯に役立つ一つの方法としてスクールバスというのが挙げられているわけですが、それがどれだけ使われているかというものです。

これを見ますと、全国の幼稚園、認定こども園のデータが出ていますけれども、幼稚園

では公立と私立を交ぜて57.9%、私立だけに限ってみますと80%を超えています。つまり、かなりの数の幼稚園が送迎用バスを利用しているということが分かります。

幼稚園も当然対象になりますけれども、学校保健安全法という法律が平成21年4月から施行されています。幾つか内容が挙がっていますが、重要なのは2番目、学校が学校安全計画を策定しなければいけない。これは義務化されているわけです。それと、危機管理マニュアルをつくらなければいけないということになっています。

これが実際にどの程度実行されているかということが次のデータで、先ほどと同じ調査ですが、左が全国、右が私立のデータです。全国で見ますと、小学校、中学校は学校安全計画の策定は、100%ではないのですけれども、小学校は99.9%です。それに比べて、幼稚園は88.9%です。さらに、私立幼稚園を入れますと83.1%ということで、実は全校種の中で幼稚園が最も低い値となっています。それは私立において非常にはっきりしていることが分かります。

また、マニュアルの作成状況を見ても、幼稚園はほかの校種と比べてかなり低いことが見てとれます。私立のほうがさらに低いわけです。この調査は毎年行われているものではないのですが、いつも大体このような状況になっています。

さらに、教職員への研修です。研修というのは、危機管理とか安全に関する研修ですが、この実施率も幼稚園が最も低いという状況になっています。

なぜこのような状況があるかということです。幾つか要因があるのですけれども、1つは、学校安全・危機管理に関する研修は主に小中学校を対象にしたものが行われていて、高校は高校でまた別で行われることが多いのですけれども、幼稚園を対象にした研修自体が少ないということ。公立の小中学校を対象とした研修に私も毎年何か所か行っているのですが、幼稚園の関係者が出席されていることが非常に少ないです。出席されていても、もちろん公立の幼稚園であります。

私立幼稚園は、教育委員会主催の研修から漏れていますので、ほとんど来ることはないということになります。ですから、そもそも幼稚園の先生方は、危機管理のことなどを学ぶ機会が少ないということです。

また、危機管理マニュアルも小中学校の事例がかなり多くて、幼稚園独自というものがあまりないということが言えます。

こういったことから、全般的に、幼稚園、保育施設というのは、危機管理、学校安全対策から漏れているところがあるわけです。さらに、幼稚園、認定こども園、保育所の管轄が異なっているということもありますので、なかなかそういった施策が及ばないということになると思います。

もちろん全くないわけではなくて、例えばスライドの右のほうに載っていますけれども、日本スポーツ振興センターが遊具の事故防止マニュアルをつくられていますし、実は現在も日本スポーツ振興センターのほうでは幼稚園、保育所に配るためのパンフレットを作成しているということがありますので、もちろん全くないわけではないのですが、やはり小

中学校と比べると遅れているというか、進んでいないという状況があるのではないかと思います。こういったことは、直接的ではないですけれども、今回の事故の背景として考えていただきたいと思います。

次に、先ほどの方もヒヤリハットのお話が出ていましたけれども、重大事故の背景にはヒヤリハット（インシデント）が存在しているということになります。

これは先週の朝日新聞に載っていたものですが、実際に被害が出たわけではないのですが、過去に通園バスの置き去りヒヤリハットがあったという報告がありましたし、これとは別に、先週のNHK大阪の放送でも、調べたら大阪だけで5件あったと報道されました。全国的に見ると相当数の置き去りヒヤリハットが存在することが考えられます。さらに、置き去りだけではなく、幼児の降車の未確認ということまで広げていくと、もっと多いのではないかと考えます。

こういったことが出てくるたびに考えるのですけれども、園とか学校にヒヤリハットを重視する文化がないというのを常々感じているところです。といいますのは、私自身、これまで学校で起きた重大事故の検証委員会に入って調査したことがあるのですが、そのときに、一つの事例として、これは幼稚園ではないですけれども、時々起きるサッカーゴールの転倒で、死亡事故の調査に入ったところ、1年前にもサッカーゴールが倒れているにもかかわらず、その学校はその後対策を何もしていないのです。1年前は指を骨折するというけが人も出ているのですけれども、それでもやらなかった。その時点で対策をきちっと行っていれば、死亡事故は起きなかったということです。ほかにもいろいろ調査に入りますと、やはり同じようなことが度々あります。どうしても学校や園ですと、けが人が出なければそれでよしみたいな部分があるわけです。

こういったヒヤリハット（インシデント）を重視するのは医療機関ですね。医療機関ですと、インシデントレポートを出すことがとても重視されていて、先ほど御発表された方もおっしゃっていましたが、医療機関ではインシデントレポートを出すと、よく出してくれたと言われるわけです。インシデントレポートがたくさん出ている医療機関では、実際の事故が起きない、起きにくいということも言われています。ですので、これを学校に広げていく必要があると思います。

そこで、去年の「第3次学校安全の推進に関する計画」の中でもヒヤリハットを重視することを入れたのですけれども、ヒヤリハット事例を次の活動に生かすために情報共有するということです。情報共有したことを地域だけでなく全国の学校に広げていって、そういったことがまた危機管理マニュアルの改善につながっていくことが期待できるということです。

それを含めて、昨年度、文科省のほうから「学校の『危機管理マニュアル』等の評価・見直しガイドライン」というのを出していますけれども、その中にもこういうヒヤリハット報告書の例が載っています。この見直しガイドラインがどの程度学校の中で活用されているかということ、まだちょっと分からないのですけれども、こういったものがつくられて

いますので、できるだけ広く知っていただきたいということです。

こういう報告書の中に、事故に遭っただけではなく、ひやりとした体験、あるいは潜在的なリスクに先生方が気づいた場合、そういったものを含めて報告を上げて、学校や園内で共有し、さらにこれが収集できればいろいろなところで役に立つので、これもぜひ幼稚園等の中でも進めていただければと思っております。

もう一つ、今回の事故に関わることとして、運転手が替わったということがあったと思います。日頃運転されている方の代わりに園長先生が運転したということですが、実はこれも重大事故が起こるリスクを高めるということです。つまり、通常とは異なる環境とか、あるいは担当者が突然替わったというときには特に注意が必要なのですが、そういったときに替わった人が前の人と同じ危機管理ができないといけないということです。

今出している資料も、先ほど見直しガイドラインの中に入っているものですが、担当者が替わっても同じことがちゃんとできるような体制をつくっていかねばいけないということになります。これも職員の数が少ないということもあるかもしれませんが、1人の人が全部担ってしまいますと、その方がいなくなったらその部分が抜け落ちてしまうわけです。ですから、替わったら確実にそのことができる体制を常に取っておかねばいけないということになります。これは一つの作り方になりますけれども、こういったものも考えていく必要があるかと思えます。

それと、安全装置のことになりますけれども、安全装置を設置すること自体は私も賛成です。賛成するというのは、今見ていただいているスイスチーズモデルですが、事故のリスクを下げるためには複数の対策を行うことが有効だということはリスクマネジメントの検証でもよく使われますけれども、一つの対策は必ず穴がある。完璧ではないけれども、それを複数やることによって事故発生リスクを大幅に下げることができる。このチーズモデルは、3つだと穴を通過してしまって事故が起こるということですが、5つ並べると防げる可能性が高まるということを表しています。ですから、その一つとして安全装置を設置するというのは有効だと思います。

ただし、安全装置があるからといって、それで大丈夫ということに当然ならないわけですね。安全装置はヒューマンエラーなどを防ぐという点では確かにいいのですが、それを確実に正しく使えるかどうかという問題もあります。

これも一つの例として、幼稚園ではなくてその他の学校の例ではあるのですが、覚えていらっしゃる方も多いと思いますけれども、大阪教育大学附属池田小学校の不審者侵入の事件が発生した後で、全国でいろいろな安全装置、特に門扉をオートロックにするということは進められて、今はほとんどの学校についているのではないかと思いますけれども、それがまだ進む前に、門が開くとブザーが鳴るといったものをつけた学校があったわけです。ところが、門が開くたびにそれが鳴るので、うるさいからとスイッチを切ってしまったのです。スイッチを切った後に不審者が侵入してしまったということがありました。

ですから、安全装置をきちっと使えるかどうかということ。何となく、入れたからそれ

で安心してしまおうとか、大丈夫だろうみたいな一種の認知バイアス、正常性バイアスと言いますけれども、過去にも起きていないから大丈夫だろうみたいな、言ってみればヒューマンエラーではなくて油断ですね、そういった気持ちが出てくると、こういった装置をつけても完全に防ぐことは難しい部分はあるかと思います。安全装置を使う、同時にきちっとした危機管理をやる、そういう複数の対策を行うことで事故防止は可能になってくるのではないかと考えます。

最後にまとめです。重大事故の背景にはヒヤリハットが確実にあります。それを見逃さずに、その時点で対策をすれば重大事故が防げるということになります。そういったヒヤリハットの事例を自分の園だけではなくて、広く共有する必要があるかと思います。こういう事例を集め、活用できるようなシステムを国や自治体が構築していただければと思います。

もう一つは、これまであまり進んでいなかった幼稚園、保育施設の教職員に対する研修を充実させるということです。特に、私立の幼稚園、保育施設に対して行うということになります。

また、安全装置を入れるということはいいのですが、安全装置任せにするのではなく、複数の対策の一つとして捉え、人による危機管理がまず基本である。その上に安全装置を加えて、複数の対策で確実に危機管理を行うということです。

最後に、今回の事故だけでなく、一般的にもそうなのですから、危機管理マニュアルの作成と周知は必要なのですが、やはり人任せではなくて、誰かがやってくれるとか、担当の人がやればいいのかではなく、全ての教職員が危機管理を担当する、そういう自覚を持たなければいけないと思っております。

私のほうからは以上です。

吉住統括官

ありがとうございました。

続きまして、吉川優子様、お願いいたします。

吉川代表理事

私からは、遺族という当事者の立場から御報告、御説明させていただきます。よろしくお願いたします。

1枚目をめくっていただきまして、この写真は私の息子です。私の息子は、今から10年前に私立幼稚園のお泊まり保育中に川で亡くなりました。元気な子どもがある日突然亡くなるということは、不運で、仕方ない、かわいそうな出来事ではありません。今ここにいらっしゃる全ての皆さん、そして、多くの国民の皆さんが今回の園バスの事故でも、何でこんなことが起きてしまったのだろう、どうすればこの事故は防げたのだろうと思っていられると思います。私自身も同じです。でも、こうした私たちの中に湧き上がる様々

な感情とか疑問、課題というのは誰が一番強く思っているかと言えば、亡くなった全てのこどもたちだと思います。ですので、こうした私たちの中に湧き上がる、何でだろう、どうすればという思いを、亡くなった全てのこどもたちの思いだということで真摯に受け止めていただきたい、そして、一緒に考えていただきたいと思います。よろしく願います。

3 ページです。事故の教訓を生かすために、私が10年の間に非常に感じたことは、事故というのは個人的な問題ではなく公的な問題として、地域、社会全体でしっかりと向き合っていて、再発防止、未然防止の取組を進めていく、そういった社会になることが重要だと思っております。

もう一つ、ある日突然大切な命が失われた事実直面したとき。これは私のような遺族だけではございません、社会全体の話でございます。こうしたときに、深い悲しみや喪失、また様々な思い、そういった状況や事実としっかり向き合えるように、社会全体にグリーフの理解が深まることを願っております。

私は当事者という立場から、先にいただいておりましたこの事故について考えられることということで、以下の5点について私の意見を述べさせていただきたいと思っております。よろしく願います。

まず、非常に重要なことといたしまして、原因究明・検証の重要性を述べさせていただきたいと思っております。

私の息子は2012年7月20日に、愛媛県西条市にある加茂川で亡くなりました。今御覧いただいている2枚の写真は、私たち夫婦と幼稚園のお泊まり保育に参加したこどもたち、そして保護者の皆さんと一緒に現場検証を行っている写真です。

なぜこのような検証を事故直後に行おうとしたかと申し上げますと、保護者の方から、こどもたちの記憶が薄れてしまう前にこの事故の体験レポートをつくりたい、この事故はどのような事故だったのかということを含んで調べたいという御提案をいただきました。これは、みんなで検証を行っている様子です。

このときに、もう既に警察の捜査は同時に走っていたのですけれども、私たちは再発防止やこの事故について、まずは事実を確認するところから始めました。このときに、事故の概要は、確実なものではありませんが、こうした状況だったのだろうということを大体把握することができました。

6 ページ目です。当時、こうした事故の検証の制度は捜査以外にありませんでしたから、幼稚園の説明が何もなされない状態が続きました。遺族対応や、保護者、在園児に対する対応は非常に重要なものになります。そして、継続的に対話ができる環境、体制が非常に重要だと思っております。これは、幼稚園とか施設に任せてしまうのではなくて、第三者、できれば行政がしっかり入って一緒に解決していく、向き合っていく仕組みが社会に必要なと思っております。

そして、御遺族は今もきっと、私自身もそうですが、なぜ亡くなってしまったのか、何

が起きたのか知りたい、この問いがずっと続きます。この問いには、今分かること、現時点で分かっていることを迅速に、誠実に、正直に、しっかりとお伝えすることが非常に重要だと思っております。

そして、こどもさんたちへの対応ですけれども、まだ幼いから分からないだろうと放置してしまうのではなくて、精神的なケアということが言われますけれども、本当にこれは継続した対応が必要です。この幼稚園のお泊まり保育の事故を経験したこどもたちは、今、高校1年生、16歳になりましたが、ずっと一緒に向き合っています。こどもさんの年齢、成長によって、ある日突然事故を思い出して話し出すこともございますので、いつでも対応できるという環境を私たち大人がしっかり整備しておくことが重要です。そして、グリーフサポートも、科学的な理解と根拠に基づいたサポート体制が非常に重要です。

今回の園バス事故についてですけれども、昨年も起きているわけですが、過去に発生した送迎バスの教訓が生かされることなく、全く同じ事故が今年も起きたことが非常に衝撃でした。そして、なぜこの事故の教訓が生かされなかったのか、この園ではどのようにこうした事故の情報を受け止めていたのか、もしくは全く知らなかったのかというところは今後の大きな課題ではないかと思っております。

情報共有というところになるろうかと思えますけれども、過去の事故情報が日常の安全管理も含めまして送迎バスの安全管理の見直し・改善につながっていなかったことが言えると思えます。保育・学校管理下での事故に対する再発防止・未然防止の取組が現状は不十分だと思えます。やはり仕組みや制度が非常に重要で、急がれるところではないかと実感しているところでございます。

そして、原因究明の重要性というところで、何が必要なのかというところを細かく見ていただきたいと思えます。こうした事故が起きたとき、事故というのは事故前・事故時・事故後と3つのフェーズに分けて検証することが非常に重要かと思えます。

そして、事故が起きますと、事故時、なぜ死亡したのかというところが、特に捜査が走っておりますと、捜査中だからということで情報が得られないとか、当事者がお話しできませんという状況になりがちです。しかし、なぜ亡くなったのかという事故当時の、事故が起きたときにしかできない検証が非常に重要です。しかしながら、どうしてもなぜできなかったのか、事故後ですと何でこんな対応になっているのだろう、何でこんな対応ができないのか、そういった安全管理、リスクマネジメントと事故後のクライシスマネジメントの検証に集中しがちになってしまいますが、予防の観点からこの2点、は今すぐ全国の園、施設で実施できる検証です。やはり事故が起きたときに重要なのは、事故そのもの、なぜ亡くなったのか、この検証をしっかりと行って対策を講じていく、再発防止策を導き出すことが重要かと思えます。

そして、現行の保育・学校事故に関する事故検証・第三者委員会の問題・課題といたしまして、今、制度が全くないわけではありません。しかしながら、過去の事故、せつかく調査して報告書を出しても、それが生かされない。これは非常に重要な課題ではないかと

思います。

また、調査権限や委員の選定はいつも問題になっています。ですので、事故が発生したときに、再発防止を目的とした専門的な検証機関を設置することを御検討いただきたいと思います。すぐに現場に行って、警察以外に再発防止を目的とした調査をすることができると運輸安全委員会のような専門の機関を検討していただきたいと思います。

10ページ目です。園長・施設長の責務というところで、こちらは私の息子の慎之介の事故に関する刑事裁判の判決文からの抜粋になります。

2016年5月に松山地裁から、元園長に有罪判決の言い渡しがありました。その中で、幼稚園の園長は園児の生命・身体の安全を守る職務であると。この事故に関しましては、ライフジャケットを準備して装着する必要があるということが書かれています。あらゆる情報を入手して、しっかり調べて安全対策を講じると。今まで事故がなかったから大丈夫とか、今晴れているから川は安全だろうと、何も調べないで無防備に活動をするというのは園長として非常に安易であると厳しい指摘がなされています。これは川の事故に限ったことではなく、全てに共通することではないかなと思います。

ただ、一方で、この判決ではこのようなことも示されています。園児の安全確保にとって、必ずしも教諭個人に対する厳しい刑罰は効果的であるとは言えないと書かれています。これは当然だと思います。刑事罰というのは安全対策ではありません。責任の所在を明確にすることです。ですので、やはり園児の命を守るためには、きちんとした仕組み、ガイドライン、対策が必要なのだと示されました。これは、公的な問題が投げかけられたと受け止めております。

そして、先生方からも御提言がありましたけれども、機器を活用した対策、マニュアルについてです。お二人の先生方と私も全く同じ意見でございます。センサーやモニターの設置は、ぜひ義務化を御検討いただきたいと思います。駒崎先生からもありましたけれども、既に取り入れている園などもあると思うのですけれども、どうしても取り入れない園、施設がございます。ですので、義務化を御検討いただきたいと思います。

マニュアルも、しっかりと備えているところは安全管理をやっています。息子の園では、学校保健安全法に定められた学校安全計画を当時つくっていませんでした。マニュアルもほとんど生かされない。そんな幼稚園だったのです。なので、現場に伝わる表現、言葉の選択、どうしたら活用してもらえるかなというところを一緒に考えて、現場と一緒につくり上げていくということも御検討いただきたいと思います。

最後ですけれども、教育・保育施設における危機管理や組織体制づくりというところで、事故が起きた愛媛県西条市の取組につきまして御紹介させていただきます。

14ページ目からです。まず、愛媛県西条市ですけれども、慎之介のお泊まり保育の幼稚園の事故は、行政機関による事故検証は今も行われておりません。事実認定は裁判のみでした。しかしながら、事故直後から始まった取組がございます。それは、教育委員会が主導する形で、私立公立・保育園・幼稚園・小中学校合同連絡会というものです。これは自

分たちの施設、地域の情報をしっかり共有しよう、個々の園だけで収めるのではなく、地域で共有しようといった連絡会が現在も続いております。ハード面では、川に水位計が設置されております。そして、「防災情報さいじょう」というアプリで、私でも確認できるようなシステムが導入されています。

15ページ目、こちら情報共有に関する取組ですけれども、これは私たち遺族、そして幼稚園の事故に遭ったこどもたち、そして、保護者、市民の方と西条市が共同で行いました合同連絡会の様子になります。

次をめぐっていただきまして、こちらは安全対策とこどもへの教育ということで、この事故の教訓を生かすために、こどもたちへもしっかり教育していこうと。2017年から、西条市内の全ての学校で、川や海での教育活動の際にはライフジャケットを着用することになっております。そして、市内にライフジャケットのレンタルステーションも設置されています。ただ、教育の中で取り入れるとなったのも事故から5年後なのです。今、この園バスの件は、このような会議もそうですし、事後の対応が非常に早くなっているという点は10年前と随分変わったなと感じております。

そして、こどもへの教育は、成長段階というのがありますので、成長に見合った安全教育というのを大人が考えてほしいと思います。

そして、安全管理に関する体制構築というところで、愛媛大学と西条市の地域連携事業として、「子ども安全管理士講座」というのが始まっています。これは、学校の先生、保育園の先生だけではなくて、地域全体で安全について学ぼう、そういった取組を進めております。

こどもの命というのは一人では守れません。社会全体でこどもの命を育むために、行政も一緒に、地域全体で守れるように、事故の情報をしっかりと共有して生かしていく、そういった制度、仕組みを御検討いただいて、横展開できるように、自治体レベルで実施されている取組というのも全国で共有できる仕組みを構築していただきたい、そのように思います。

最後に、参考資料をつけておりますので、ぜひ御参照ください。

私からは以上です。ありがとうございました。

吉住統括官

ありがとうございました。

それでは、渡邊様、吉川様からの御説明等に関し、御質問のある方は発言をお願いします。

小倉大臣

それぞれに質問させていただきたいことがありますが、まずは渡邊先生に質問させていただきたいと思います。

御説明ありがとうございました。前半のところ、安全管理の計画等々についても施設によって濃淡があるという話でございました。まさに、こども家庭庁設置の意義が、省庁の縦割りを廃して、こどもたちの命と安全を守っていくということでもありますので、しっかりこの点についても肝に銘じたいと思います。

ちょうどこちらに参る前に、「就学前のこどもの育ちに係る基本的な指針」の策定の有識者懇談会に出席してまいりました。この関係府省会議のことをお話しさせていただいた上で、育ちの保障に係る基本的な指針の策定に当たっても、こどもの安全と命のことを第一に考えて、ぜひ審議をしていただきたいということを申し上げたつもりであります。しっかりやっていきたいと思います。

また、駒崎先生からも話がありましたが、渡邊先生からもヒヤリハットの話、幾重にもというのは、スイスチーズモデルというのを初めて私も知ったわけですがけれども、ほとんど全ての園の関係者の皆様方は、こどもの命の重大さを考えて真摯に業務に励んでくださっていると思います。

ただ、私どもは、これからこういった事故を防いで、二度と痛ましい事故を起こさないような緊急対策を取りまとめるつもりでありますので、そういった意味では性善説に立たずに、幾重にも策を講じていくことが重要だと思いました。

渡邊先生は、インシデントレポート、医療機関の例を挙げられました。駒崎先生も、保育士の養成課程で安全の話があまりないのではないかと。医学部の場合は、医療事故防止の授業が結構ありまして、さらには医療機関においても医療事故防止の委員会がきちんと設置されている病院が大半だと思います。そこでトップダウンで意識の向上に励んでいくということを医療機関はされているわけですから、そういった例も参考にしながら安全対策の在り方を考えていきたいと思いました。ありがとうございました。

その上で、話題は違うところに行くのですがけれども、渡邊先生に専門家の立場から自治体の役割をお伺いしたいと思います。駒崎先生からは、自治体が厳しい対応を取るべきだとした一方で、監査等々に関しては今の自治体のキャパシティを考えるとあまり追加的な細かな対策は取れないのではないかという話がございました。

渡邊先生から見られて、今回の事故の再発を防止するために自治体が今後どうすべきかという点について、御意見がありましたらお伺いしたいと思います。よろしく願います。

渡邊教授

ありがとうございます。

これまで、事故が起きたときに、自治体が動くのですがけれども、なかなか最初から国の指針に合った形で動いていないところも残念ながらあります。危機意識がすごく高い自治体もあれば、そうでないところもあるんですね。

必要なのは、自治体に全部お任せして、やってくださいというと、なかなか専門の方が

いらっしゃらないようなところがありますので、国がかなり丁寧に方針をつくって、それをすぐ実行できるような形でお渡ししていく形がいいのではないかと思います。

熱心にやっているところはいいのですけれども、そうでないところはそのままになってしまうと思いますので、国がぜひ主導して対策を進めていって、それを広げていくという形にしていいただければと思っております。

小倉大臣

ありがとうございます。

先ほど来、ヒヤリハット事案も報告するとかえって大ごとになるので黙っていようみたいな組織的なカルチャーがあるみたいな話もありましたが、ヒヤリハット事案の報告と共有をしやすい在り方は何かということもきちんと考えなければいけないと思っています。また、御意見をいただけるとありがたいと思います。

続いて、吉川先生に対してお話を伺いたいと思います。まず、お会いするときにも申し上げましたけれども、吉川先生の話聞いて、当時、中堅・若手の勉強会の場でしたけれども、その話を聞いて、こども家庭庁の必要性というか、CDRも徹底して省庁横串で、保護者にとっても、周りの方にとっても、その園児自身にとっても大切な命である中で、どこで亡くなるかによって対応が違うのはおかしいと。だからこそ、こども家庭庁でしっかり横串を刺して対応しなければいけないというのは、数年前に本当に感じたのを思い出しました。

そういう意味では、私は今回の事故におきましても、御遺族に対するグリーフサポート、在園児や保護者に対する精神的なケアは非常に重要だと思っております。事故の発生の直後に私と自見政務官から、しっかり静岡県と連携をして精神的なサポートをするようにということを徹底してやらせていただきました。引き続き、参考にさせていただきたいと思っております。

今回の関係府省会議は、送迎用バスに係る安全管理の徹底を中心議題としておりますが、まさにこどもの命を脅かすような事故は至るところで起きる可能性があるというのが残念ながら事実でありますし、先ほど来出ているように、園の関係者や、特に経営者がしっかりと意識を持っていれば、この送迎用バスのことを中心としつつも、あらゆるこどもの事故を防ぐことにもつながるのではないかと思います。そういう意味では、園における安全意識の向上とか、そういったものはしっかりとこの緊急対策の取りまとめの中に生かしていきたいと思っております。

その上で、吉川先生に対する御質問ですけれども、こどもの事故を防ぐための保護者の関わりについて伺いたいと思います。先日お伺いした幼稚園でも、保護者と情報共有して、意識共有をして、保護者とともにこどもたちの安全を守るということを徹底しておられました。

そういう意味で、私は、園の関係者だけではなくて、保護者、さらに言えば地域の方と

連携をしてこどもの安全を守っていくという観点も非常に重要な点だと思っておりますけれども、具体的に様々な対策を取りまとめるに当たって、保護者の方を巻き込んでいく点において重要な観点があったらぜひ伺いたいと思います。

吉川代表理事

ありがとうございます。

先ほど西条市の例を御紹介しましたけれども、どうしても地域性があるかと思えます。先ほど紹介した西条市の例が全国に、また隣の市にそのまま生かせるかと言えば、そうではない点もあるかと思えます。

ただ、保護者の関わりというところですけども、やはり保護者が知らないことが多過ぎるのではないかと思います。それは安全に関してです。この幼稚園、保育園、学校がどんな安全計画を立てているのか、どんなマニュアルをつくっているのかということは知る由がありません。

ですので、今、各学校、園などでホームページも立ち上げているところがほとんどだと思いますから、せめてサイトに公開するとか、保護者も園や学校がどんな安全管理、どんな安全の取組をしているのだろうと、まずそこを知るところを始めるべきではないかと思えます。

そして、こどもの命は、先生だけ、学校だけ、施設だけが頑張れば守れるものでもありませんし、保護者がどんなに頑張っても、慎之介や、今回の園バスの事故のように、こどもさんが亡くなってしまうことがあるのです。保護者は、幼稚園、保育所、学校は安全だと思っているのですけれども、何がどのように安全なのかということを知ることができない。安全だと信じているのです。そこをしっかりと情報共有できるように、コミュニケーションということもそうですけれども、情報を得る機会、その対応を御検討いただきたいと思います。

あと、事故が発生した際、地域に与える影響が非常に大きいので、地域全体の回復も一緒に考えていただきたいと思います。保育所、幼稚園、学校の事故というのは一つのコミュニティーが壊れてしまうことがありますので、やはり一緒に考えていく。そのためには、第三者、国主導ということもそうですけれども、行政機関が園や保護者さんたちも関わりやすくなるような体制、方法を御検討いただきたいと思います。

吉住統括官

それでは、他の構成員の方から御質問はありますでしょうか。

藤原局長

厚生労働省子ども家庭局長、藤原でございます。

今日は、3人の先生方からプレゼンをいただきまして、本当にありがとうございました。

安全装置のようなものと人的な体制、双方で複層的な対策を講じるべきというお話は共通していたと思いました。

渡邊先生と吉川先生にそれぞれ少し具体的なところをお聞きできればと思うのですが、共通の御質問です。

渡邊先生からは、研修が小中学校中心のものになっていて、就学前の幼稚園や認定こども園や保育所にふさわしい研修の充実をという御提言をいただきました。確かに、発達段階は相当違いますし、体格も違いますので、特に就学前のこどもにふさわしい研修をどのようにお考えか、ポイントを教えていただければと思います。

もう一点、吉川先生には、西条市の安全教育の事例の御紹介がございました。同じように、小中学生とは違って、就学前の小さいこどもはなかなか自分でSOSを発することが難しい、そういった特色のあるこどもたちに対して安全教育をするといった観点から何か御助言をいただければありがたいと思いました。

以上、よろしく願いいたします。

渡邊教授

ありがとうございます。

研修の件ですけれども、今、お話がありましたように、小中学生と幼稚園の施設はかなり質的に違っていると思います。ですが、基本的な考え方としては、学校安全危機管理、その方針として枠組みは一緒だと思うのですね。それぞれが扱う具体的な内容が違ってくる。また、そのウエートといいますか、年齢が高くなると安全教育のウエートが大分大きくなりますけれども、やはり幼児では安全管理ですね。周りがどうやってこどもたちを守るかということ、具体的に事例を基にしながらか進めていくという形が必要かと思います。

ですので、研修の形としては、誰か一人の人がやるというよりは、例えば幼児教育の専門の方と危機管理の専門の方の組合せで研修の機会を設けて、単にお話を聞くだけではなくて、参加する方たちでグループワークを行うとか、そういうことを具体的に話し合っ自分たちで問題解決をしていくことができるような研修をぜひ行っていただければと思います。

吉川代表理事

今の渡邊先生の御意見に非常に共感というか、本当にそのとおりだなと感じます。

今、西条市で実施している講座も、グループワークを取り入れてやっていこうということで、現場で専門家の先生から教えることも重要ですが、リスクマネジメントというのは幼児とかこどもの年齢に関係なく共通したのになりますから、安全の基本を学ぶ機会が必要だと思います。先ほど養成校の問題に関するご提言もありましたが、安全のことを習ったことはありませんと先生たちがおっしゃるのです。習う機会がありませんでした。ベテランの方も、新卒の方も、同じようなことを裁判で発言していました。この状

況は非常に問題だと思っております。リスクマネジメントとか事故のクライシスマネジメントは、未就学児であっても、小中高の段階であっても、基本的に共通しておりますから、大人がしっかり学ぶ。そして、こどもの成長段階に合わせた様々なリスクについて学ぶ機会、知る機会を地域でまず実施できるというのを国がサポートしてくれるといいのではないかと感じます。

吉住統括官

ありがとうございます。

他にありませんでしょうか。

藤江局長

文部科学省の藤江と申します。よろしくお願いいたします。

今日は、3人の方々から非常に貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございます。

私からは、渡邊先生と吉川先生に1問ずつ御質問させていただきたいと思います。

渡邊先生には、安全計画をつくる时候にもお世話になりまして、ありがとうございました。

今日のお話の中では、マニュアルを日々の実践に結びつけるための研修の在り方、今御質問のあった点についての御指摘がありました。私学の参加がなかなか十分ではないというお話もありました。内容面も含めまして、その点、私どもとしてもしっかり対応していきたいと思っております。

また、駒崎先生と渡邊先生から、ヒヤリハットの共有の重要性ということも御指摘いただいたと思います。駒崎先生のほうからは、組織内での共有についても心理的なハードルがあって、なかなか安心してこれを共有するのが難しいというお話がありましたけれども、組織横断的に共有していくということについては更なるハードルがあるかと思っておりますので、そういったときに組織横断的にも共有できるような文化というかシステムについて、どんな点が重要だとお考えかということをお聞かせいただきたいと思っております。

吉川先生のほうでは、非常に時間がかかったというお話ですけれども、この資料を拝見させていただきますと、保護者の方々、あるいは市町村もそうですし、民間の団体も絡んで、さらには大学等も含めて社会全体での取組ということにつなげていただいていると思いますので、そういった社会全体で連携していくために重要なことについてお話をお伺いできればと思います。

以上です。

渡邊教授

ありがとうございます。

ヒヤリハットをどのように共有していくかということは、なかなか簡単なことではない

かなと思うのですけれども、ヒヤリハットではなくて、学校の管理下で起きた事故で、実際に治療を受けたというケースについては、スポーツ振興センターが行っている災害共済給付があるわけです。災害共済給付で集まってきたデータは、データベース化されて、全部ではないですけれども、公開されるという形になっております。

今度、災害共済給付についてはこども家庭庁のほうに移管すると伺っております。そうすると、むしろそのところで幼稚園、保育所、認定こども園、そういったものを全て合わせて、単に事故が起きたということではなく、ヒヤリハットのデータを同時に例えばオンラインで入力できるようなシステムを、ちょっとお金がかかるかもしれませんが、ぜひつくっていただいて、報告をどんどん上げていただいて、国のほうでそれを精査して、そして対策に役立てていくということができればと思っておりますので、ぜひお願いしたいと思います。

吉川代表理事

地域全体でということですが、人を巻き込んでいくといいですか、連携を取っていくということは、当然なかなか簡単ではないと思います。

西条市の場合は、保護者さんたち、そして子どもたちの園のもともとの関係がございましたので、そんなに大きい園ではなかったのですが、コミュニティが小さかったということと、みんな顔が見える関係性であったという中でこのような事故が起きてしまって、みんな向き合おうということからスタートしました。

特にこういった小さな地域の場合ですと、私は出身地ではなかったのですが、皆さん、本当に知っている関係性、そういったコミュニティの中で生活していらっしゃる中で、そうした中で、事故をタブー視するのではなくて、どうしたらこの事故を防げたのかなということも一人でも多くの方と丁寧に話し合っていく。非常にアナログなのですが、まずそういう人間関係のところからスタートしました。

そこから、行政の中にも皆さん知っている方もいらっしゃる地域であるということもありませんでしたが、まず目的、こどもの事故を二度と繰り返さないためにはどうしたらいいのだろうということから、様々な立場からいろいろな意見をいただく。そして、一つ一つ実行できることを実践していくということに関わる人がそこで増えていくという進み方だったので、このシステムを導入するということよりは人間関係とか、地域性はすごく大きいのですが、それは保育所、幼稚園、学校、そして教育委員会とか行政機関にまず入ってもらうというのは非常に重要だったなと感じております。

私への質問ではなかったのですが、ヒヤリハットのところですが、モニターを利用したヒヤリハットの収集というの今後実現できるのではないかと思います。AIを取り入れた監視システムとか、そういった工学系の研究者の先生方もいらっしゃいますし、現在では、モニターを設置している園は多いと思いますので、何かが起きたときのためというよりも、日常の保育の振り返りというところでも活用できると思います。機器を頼る形

だけではなくて、日常の保育にも活用するという点で、なかなか組織で共有しづらいというのがあるとは思いますが、今日の保育をみんなで振り返ってみようみたいな感じで、モニターを見るとか、そういった工夫があってもいいのではないかと思います。

以上です。

吉住統括官

ありがとうございました。

そろそろ時間ですので、最後に全体を通して小倉大臣からの挨拶をお願いします。

小倉大臣

渡邊様、吉川様、先約があって御退室をされました駒崎様を含めまして、大変御多忙の中、予定時間をオーバーして様々な御助言をいただきまして、本当にありがとうございます。

10年前、お子様を亡くされた吉川様を前にして、今回同じような事故が2回も起きてしまって、私としては痛恨の極みでありますし、同様の悲劇を繰り返してはいけない、再発防止を徹底しなければいけないという思いを改めて強くいたしました。

それに加えまして、今日もお子さんを園に預けられている保護者の方がたくさんいらっしゃいます。そういった方々の不安を解消しなければいけません。同時に、一生懸命頑張っている園の関係者がほとんどです。そういった方々の精神的な負担もなくていかなければいけないと思っています。

今日も様々な角度から、お三方から大変有用な御助言をいただいたと思いますし、お三方で共通する提言もたくさんあったと思います。お三方の御助言をしっかりと踏まえまして、冒頭申し上げたように、来月中にしっかりとした対策をスピード感をもって実現できるように引き続き取り組んでまいりたいと思っておりますので、御指導をよろしくお願い申し上げまして、私からの挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

吉住統括官

これにて第2回会議を終了します。ありがとうございました。