

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3回） 議事録

1. 日時

令和4年9月29日（木）9:00～10:30

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

鳥取県 （中西 朱実子育て・人財局長）（オンライン）

福岡県 （浦田 智子福祉労働部子育て支援課前課長ほか）

内野 光裕 学校法人内野学園理事長

前田 正子 甲南大学マネジメント創造学部教授（オンライン）

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3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、先進自治体や有識者の方々から、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、自治体、有識者の方々からそれぞれ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、鳥取県子育て・人財局長、中西朱実様、福岡県福祉労働部子育て支援課前課長、浦田智子様、学校法人内野学園理事長、内野光裕様、甲南大学マネジメント創造学部教授、前田正子様からお話を伺います。

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、鳥取県の中西朱実様、お願いいたします。

鳥取県

できましたら、東京のほうに伺いたかったところですが、今、県議会の真っ最中、一般質問の日ということで、オンラインでよろしく願いいたします。

鳥取県の子育て・人財局ですけれども、少子化対策や保育所、青少年育成等を担当する子育て王国課、また、児童虐待やひとり親、DV、こどもの貧困や母子保健を担当する家庭支援課、大学、高等教育機関、私立学校、専修学校を所管する総合教育推進課、あと県内に3つ、東部、中部、西部に児童相談所がございます。3つの児相と県内唯一の児童自立支援施設1施設を所管する局でございます。私は令和3年4月からなので、今年度は2年目になっております。どうぞよろしく願いします。

それでは、資料をお願いいたします。この度、先進事例の発表ということで、幾つかこういう点をとというポイントをいただいております、それを全て含めたような形で、「鳥取県の取組について」ということでまとめております。

まず、今回の事案が発生した原因や問題点についてでございます。児童のバス降車時の確認や点検作業が不十分であった。園児をバスから降ろす際に車内を十分に確認していない。また、園での出欠確認、職員間の情報共有が不十分であった。登園管理システム上は出席となっていたが、クラス担任は不在を把握しながら保護者に問合せをしていなかった。また、送迎用バスの仕様や駐車場所が不適切ということで、車内が全く見えないラッピングバスであったし、園から離れたところに駐車してあった。これはいずれも報道ベースを基に作成しておりますけれども、このとおりであるかなと思っております。

青い字のところですがけれども、これはたまたま、昨年度、本県で幼稚園で園児が大きなやけどを負ってしまうという事故がございまして、それに関する検証を行っている最中にこういったバスの事故も起こったということで、そういった検証チームでもこどもの安全や安心、再発防止策、事故の未然防止ということをいろいろ話をしましたので、そういったことで感じたことを青い字で書いております。

まず、保育所等の施設は、園児の命を預かっているという意識や自覚を十分に持たなければいけない、そういう施設なのだ。朝、元気に登園してきたこどもを、夕方、元気な状態で保護者に返す、これが私たちの使命なのだということを検証チームの元園長さんが言っておられまして、それが非常に記憶に残っております。

次に、何につけても、ちょっと「アレッ？」と思ったことをそのままにはいけない。「アレッ？」と思ったことはすぐに確認するなり、動くなりしなければ、その後、「あのとき確認しておけば…」と思っても後悔先に立たず、これに尽きると思います。

また、車内が見えるようにしていても、園のすぐそばに駐車していたとしても、こどもが残っていないかなとか、「アレッ？」と思って見に行く気がなければ、幾らそういう措置をしても見落としにつながってしまうと感じております。

次に、昨年度の福岡で起きた事故を踏まえた鳥取県の対応についてでございます。その

ときには、7月に事故が起こりまして、翌8月になりますが、県内全ての保育施設等を対象とした送迎用バスの運行に関する実態調査を実施いたしました。対象は全ての保育施設で、県内に294ありまして、そのうちの39施設を調査いたしました。

続いて、12月になりましたが、鳥取県版の児童の車両送迎に係る安全管理ガイドラインを策定いたしました。そして、策定後に、12月から翌年の2月にかけて、県内教育・保育施設を対象とした安全管理研修会を実施いたしました。これは、送迎用バスに限らず、先ほど申しました大やけどを負った事故の検証結果等も踏まえまして、けがをした場合、大きな事故をしたときの対応等も含めまして、送迎用バスのガイドラインのことも含めまして安全管理研修会を実施いたしました。

ちょうど新型コロナがはやっているときに一堂に会して研修もできず、研修動画を作成し、それがかえってよかったといえますか、園長さんだけが聞くとか、保育士さんだけが研修をするのではなく、施設に勤めている人、出入りする人、全職員を受講の対象として、全職員がちゃんと研修するというふうをお願いをして、それぞれ研修手帳も配布いたしまして受講記録等を記録していただくようにしました。

これは、園内であることを保育士さんだけに言うのではなく、例えば掃除とかが専門のパートの方がいらっしゃれば、その人の目で、危ない薬品がこんなところに置いてある、こどもの手に届くじゃないのとか、そういうことをみんなに気づいてもらうように全職員の方を対象に実施いたしました。

それから、教育・保育施設におけるヒヤリハット事例を集めて公表いたしました。ガイドラインでこういったことを注意しましょうということをお願いするだけではなく、令和4年度の当初になりましたが、送迎車両ドライブレコーダー購入経費の支援制度を創設いたしました。

このときには、ドライブレコーダーのことしか思いつかず、今、報道等に出ています人感センターみたいなことを調べ上げることができず、この時点ではドライブレコーダーの購入経費という予算を創設いたしました。

たまたま替わったばかりの運転手さんが、車の前を何かが横切ったのでぐっとハンドルを切って物置小屋にぶつかるという事故が起こって、そんなに大した事故ではなかったのですけれども、ぼうっとしていて記憶がないという運転者さんの言葉を聞くと、やはり証拠とといいますか、現状を把握するためにも、360度のドライブレコーダーですけれども、それはそれで意味があったかなと思っております。

次に、今年の静岡県における事故を踏まえた対応でございます。事故発生の翌日に、県内の市町村や保育施設に対しまして、鳥取県版のガイドラインを改めて周知し、園児の車両送迎時における安全管理の徹底を依頼しました。あわせて、先ほどのドライブレコーダー購入経費支援制度について再周知を行っております。8日には、知事が県内で送迎用バスを運行する保育施設の緊急点検を実施すると発表し、12日からその緊急点検を開始いたしました。

その次のシートが、緊急点検の実施結果になります。12～27日に県内の40施設の点検が終わっております。点検内容は、ガイドラインを基に送迎用バスの運行体制や園児の乗降確認等、園独自のマニュアル作成状況について聞き取りを実施いたしました。

次のシートをお願いします。点検施設数は40施設、運行台数は78台となっております。主な点検結果は、そこにいろいろな項目を書いておりますけれども、2度目になりますので、ほぼ全ての園でしっかりと対応ができていることを確認いたしました。

次のシートをお願いします。聞き取り調査を行ったときの現場の声でございます。緊急点検は自分たちの日々の対応が十分かどうかを振り返るよききっかけとなった。バスの駐車場所が土地が広いので遠く離れたところにあったのを施設の近くに変更した。確認作業の手順は変わっていないけれども、これまで簡単だったものをちゃんとマニュアルとして園で整備した。

マニュアルを保護者に共有するなど、園の対策を保護者へ情報提供することが安心していただくことに感じる。これは非常に重要な意見だと思っております。送迎用バスに限らず、事故対応、園児がけがをしたときの対応なり、園のそういった場合の体制を保護者と共有しておくことは非常に重要なことだと思っております。

また、送迎用バスの車内へのブザー等の安全装置設置への支援をお願いしたいという声もございましたし、車両の定員、職員体制の問題から複数名による運行が難しいということもありました。

次のシートをお願いします。施設は施設で独自にいろいろな工夫を凝らしております、今年の静岡の事故を受けまして、そうは言っても万が一のときを想定して、実際に送迎用バスに園児が閉じ込められたときにクラクションが鳴らせるかどうかということの訓練を実施されています。

2つ目の真ん中の写真にございますけれども、実際に園児がクラクションを鳴らそうと思うと、力の加減が難しいということが分かって、結果的には、右2つの写真になりますが、こどもが簡単に押せる「たすけてぼたん」を設置されました。これをこどもが押せば大きな音になるような仕組みになっておりまして、全部の園児にそういった訓練を実施されています。しかしながら、機器を活用した対策は万が一のときには有効ですけれども、最終的には人による確認が最も重要であると多くの施設が認識しております。

次のシートをお願いします。危機管理や組織体制づくりについてでございます。幾ら予防しても、幾ら努力をしても、事故は発生するのだという認識の下、危機管理マニュアルの整備が必要だと思います。マニュアルをつくっただけではなく、全職員への共有、実行できる体制づくり。綴りを作って職員室に置いてあるだけでは全く無意味でありまして、園内で研修、毎日の朝礼等、職員会議を通じた共有、いざというときにみんながぱっと見れるところに掲示する、そういったことが重要です。

大きな事故が起こる前には、必ずヒヤリハットがあるはずで、日頃からはっとするような危険を把握し、それを収集・分析、どうしたらいいかということを経験し、危険を取

り除く。これは施設として組織的な取組が必要です。

送迎用バスの安全管理マニュアルについても、各園の状況に応じたオリジナルのマニュアルをつくるのが重要だと考えております。

次のシートをお願いします。自治体に求められる対応といたしまして、研修等を通じた保育施設等に対する普及啓発につきましては、新型コロナ対応も一緒だったのですけれども、専門家による、ここはこうしたほうがいい、ここは危ないといったようなアドバイスを実際にいただいて、また、ここの園ではこんなふうになっている、先ほどの「たすけてぼたん」を設置したような優良な事例などを県内の全施設に横展開する、こういったことが必要だと思います。

また、各園のヒヤリハット事例を収集して、それを全施設で共有することで、事故防止や事故発生時の適切な対応に役立てることができると思っております。

また、事故が発生したときの報告体制ですけれども、施設から市町村、都道府県というふうにしておりますと、速やかな報告ができるようで、実はできないことも多く、そういったことを防ぐためにも、鳥取県では常に施設から市町村と都道府県に同時に連絡していただくようにしております。

あとは、毎年度実施しています指導監査のときに、調査項目に送迎用バスの運行や安全管理の状況などを追加して確認するようにいたしました。

また、保育施設が新たに取り組むドライブレコーダーのほか、来年度に向けましては、取り残された子どもをセンサーで感知して知らせる機器等の安全装置の導入の支援を考えているところでございます。

次のシートをお願いします。国に求められる対応といたしまして、統一的な送迎用バスの安全管理ガイドラインの整備が必要ではないかと思いました。昨年度、鳥取県でつくろうといったときに、国のほうでは送迎は私的契約による有償サービスだということでもどこにもなく、結果的に福岡県さんのガイドラインを参考にさせていただきました。

保育施設が取り組む安全対策への支援として、機械でできること、何かをつけたらできること、そういった安全装置は義務化をするとともに、購入経費の支援をすることで導入を促進できるのではないかと思います。誰かの命がなくなったからこういったことになるのではなく、早め早めにこういうことができたならと思っております。

次に、人員不足に対する対策としまして、これはバスに限らないのですが、通常の保育活動に加えまして、長引く新型コロナ禍によって保育現場は非常に疲れておりまして、すごく負担が増加しております。あわせて、人員不足が深刻化しております。高校生や大学生の子が、本人が保育士になりたいと言っても、保護者がやめておきなさいと言って、敬遠するような傾向があるようです。悲しいのですが、そういった現状がございます。

また、保育士等の配置基準の見直し。小学校は少人数学級が進んでおります。現在、4・5歳児は保育所の配置基準では30人に1人となっております。小学校の1クラスは、鳥取

県の現状でいいますと、各クラス30人の少人数学級を順次進めているところです。それを思えば、鳥取県も保育士の配置基準も拡充されるように毎年度国のほうに要望しておりますけれども、こういったことも必要かなと思いますし、このたび処遇改善が経済対策で行われたりしますけれども、それでもまだ低いという認識ですので、こういった処遇改善が求められると感じております。

誰かの命が犠牲になって初めて対策をするということでは遅いと思っております。ヒヤリハットの事例は、各施設においても、市町村においても、県においても、国においても、そういったものが蓄積できていると思いますので、でき得れば、そうならないような要望とか対策に早め早めに取り組む必要があるなど、これは私自身の反省も込めて日頃感じているところです。

以上になります。どうも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。

続きまして、福岡県、浦田智子様、お願いします。

福岡県

まずは、昨年度、本県で発生しました保育所における事故に関しましては、本日お集まりの皆様方にも大変な御心配をおかけいたしました。この場をお借りしましておわび申し上げます。

本日は、その事故を踏まえて実施しております本県の対応について大きく2点、資料に基づいて説明させていただきます。

まず1点目、福岡県保育施設による児童の車両送迎に係る安全管理標準指針についてでございます。指針の全体版につきましては資料としてお示ししておりますので、こちらを御確認ください。本日は概要について説明させていただきます。

2ページをお願いいたします。まず、指針策定の趣旨でございます。昨年7月に発生しました本県の事故につきましては、認可保育所の朝の送迎用バスの中に園児が取り残されて、夕方発見されましたが、熱中症で死亡するという大変痛ましいものでございました。この事案の発生を受け、県としては県内の保育施設で二度と同じことが起こらないように、一歩踏み込んだ再発防止の取組が必要との考え方で対応策の検討を行いました。

検討において、まず整理が必要であったことは、保育所において送迎サービスは、いわゆる保育指針や県条例などに定める保育の対象ではなく、あくまでも民民の契約で行う有償サービスであるという位置づけでした。それまでは、本県においてもあくまでも私的契約によるサービスとの整理の中で、監査においても送迎時の体制や安全管理方法の確認は行っていませんでした。このため、どの程度の保育施設がどんな体制で送迎を行っているのかの実態の把握から行う必要がありました。

幼稚園、認可外の保育施設も含めて全保育施設を調査した結果、認可保育所が約15%、認可外保育所では約4%が送迎を行っており、そのうち送迎マニュアルがない施設が4割以上という結果でした。また、少数ですが、運転手1名のみで送迎を行っている施設もございました。

こうした状況の中で、送迎が私的契約によるサービスとはいえ、適切な安全管理がなされていなければ、児童の命を脅かす大きな事故につながるという反省の下、私的契約の部分に踏み込んだ対応を行う必要があると考えました。

また、保育施設の意見を聞くために、県保育協会とも意見交換を行いました。施設としても保護者の要望に応じて送迎を行っているものの、どこまで要望に応えるべきなのか。無理をすることで事故を起こす不安もあり、悩んでいるということで、何らかの基準が欲しいという意見もありました。

このため、県として車両送迎についての安全管理の標準的な指針をつくり、保育施設に対してはこの指針を基にそれぞれの施設の実情に応じたマニュアルをつくり、安全管理を徹底することを要請することといたしました。

また、指針の前文にも記載しておりますが、こどもたちを保護者からお預かりし、お返しするところまで、養護の理念でしっかりと安全を確保することが保育の基本ということについて、県、市町村、全施設の職員が改めて確認し、このような事故を二度と繰り返さないための決意でもございます。

3ページをお願いいたします。指針における基本的な事項についてです。本県では、指針は保護者との間の送迎に係る合意内容についての枠組みを提示し、適切な送迎サービスの運用やマニュアルの作成に資するものとの基本的な考え方の下、まず、指針を次の3つの視点で整理しました。

視点の1番目が、児童の安全という視点でございます。児童の生命・心身に関わる部分は、児童の安全を最優先とした内容とすることとしております。

視点の2番目、契約の内容及び運用の適正性の視点でございます。過剰なサービスや非定型な業務は避け、施設職員の負担を可能な限り軽減できる内容とすることです。

視点の3番目としましては、送迎と保育の確実な接続でございます。車両送迎と保育施設内で行われる保育の間における児童の引継ぎについては、保育所保育指針に沿って確実に行われるようにするというところでございます。本県の指針では、項目ごとにこの3つのうちのどの視点で整理したのかを明示しております。

4ページをお願いいたします。次に、指針の主な内容についてです。指針における全体の体系図をお示ししております。こちらを見ていただきますと分かりますように、まず送迎を開始する前の事前の事前の手続から、マニュアルの作成、また、各保育所がそれぞれで作成するマニュアルに盛り込んでいただきたい内容を手順を追って記載しております。手順をきちんと定め、それに沿った送迎を常に意識することで、イレギュラーな事態になっても手順に立ち返ることで安全が確保できるとの考え方で、あえて網羅的に作成しております。

指針の内容を幾つかかいつまんでお話しいたします。送迎の対象児童については、児童の安全確保の観点から、送迎車両を利用できる年齢は原則として満1歳以上とすることとしております。

運行体制につきましては、送迎時は運転者を運転に専念させ、他の業務を一切行わせないこと。また、送迎に当たって、運転者以外の職員を1名以上添乗させ、児童の乗降確認や走行時の安全管理などを行わせることとしております。

乗降確認の部分につきましては、児童の乗車または降車の確認に当たっては、児童名、人数を確実に把握するため、添乗職員による乗車児童名簿の確認欄へのチェックなどの具体的な手順を定めることとしております。

また、降車後の園児の保育所への引継ぎにつきましては、車両到着後、児童の園内保育士への引渡しについて、担当職員の配置、手順を定め、全職員間で共有することとしており、また、送迎時に使用した乗車児童名簿を施設における児童の出欠確認に当たって再度突合を行うこととしております。

指針全体版を資料としてお配りさせていただいておりますので、後ほど御確認いただければと思います。

なお、保育所における送迎マニュアルに関してですが、当該指針の内容を盛り込んで策定するように保育施設に指導しているところではありますが、本年7月に実施しました本県独自の調査で、県内施設のマニュアル等の策定率は約91%となっております。まだ指針等に基づく送迎を実施しておらず、マニュアルを策定していないという施設が県内に9施設ございまして、マニュアル等を策定するように指導するとともに、監査で安全面の課題がないか、しっかりと確認していくこととしております。

5ページに参考として、指針作成に当たって検討機関として立ち上げたワーキンググループの概要をお示ししております。指針を保育現場の意見を十分に踏まえた実効性のある内容とすることと、スピード感を持って作成できる体制とするという観点から構成員を選定し、保育の安全研究・教育センターの代表である掛札先生にアドバイザーとして御就任いただき、3回のワーキングを経て作成いたしました。

最後に、バスの安全に関する指針について、県の考えをお話しさせていただければと思います。バスの送迎時において、全国においても同様の事故を繰り返さないように、統一した国の指針の作成、それから、安全管理体制に対する補助などの支援を実施いただきたいと思います。

続きまして、保育所等の指導監査の見直しについて説明させていただきます。資料の7ページをお願いいたします。

まず、昨年事故を受けて、監査の体制を見直すことになった経緯でございます。事故が発生しました保育所につきましては、出欠の管理が常態としてきちんと行われていなかったことが分かっております。このことが園児の取り残しを早期に発見できなかった大きな理由でございまして、それまで年1回、県としても監査に入っていたのにこの状況を指

導できていないというところで、監査のやり方自体に問題があったのではないかという厳しい御指摘も受けております。こういったこともありまして、実効性のある監査に見直すとともに、保育所がきちんと自己点検ができる仕組みをつくることを目的に監査の見直しを行っております。

監査の見直しを行った点は大きく2点ございまして、1つは、まず各保育施設において児童の安全管理に関する事項を定期的に自己点検していただくための安全管理重点確認監査チェックシートを作成しました。2点目が、県と市町村合同で年1回行っております一般指導監査について、A型、B型、C型の類型に区分して実施することとしております。この2点になります。

まず、チェックシートについて説明させていただきます。8ページを御覧ください。こちらについても資料としてお配りさせていただいておりますが、各施設が日頃から危険箇所の確認や安全管理の意識を職員間で共有することを目的として作成したものでございます。

なお、登園管理やバス送迎に関することについては、項目の6番目、7番目に記載しております。

全体としては、重大事故が発生しやすい保育の場面や、施設内で児童のけがにつながる危険箇所などについて、施設のハード面やソフト面で児童をお預かりする保育施設として最低限確認すべきことを挙げているものとなります。

このチェックシートの各項目をより理解してもらうために、安全管理重点確認監査の手引も作成しました。こちらにつきましては、チェックシートの確認項目について、各保育施設がこどもの安全・安心を守るために意識すべきことを、規定・通知等を示しながら解説したものとなっております。こちらも参考で配らせていただいております。このチェックシートにつきましては、監査においても使用しますが、各施設において重大事故発生防止のために活用していただくようお願いしているところでございます。

9ページ、監査の見直しでございます。先ほど、A型、B型、C型と3つの類型に区分したということで御説明しましたが、まず、A型の標準型の監査でございます。こちらにつきましては、児童の安全管理に関する項目を充実させました監査調書に基づき、基本的に全般的な事項の監査を行うというものでございます。

次に、10ページ目のB型の監査でございます。安全重視型監査と呼んでおりますが、こちらは監査調書と併せて、先ほど御説明しましたチェックシートを活用し、安全管理に関する項目について重点的に聞き取りを行います。B型の監査を行う施設に当たっては、例えば経理などの面については抽出調査とするということで、一部簡略化をして施設側の負担を軽減するようにしております。

次に、11ページをお願いいたします。C型の安全管理重点確認監査でございます。こちらは、事前通告なしに施設に入り、チェックシートの内容を現地で現物などを見ながら確認します。そして、施設長だけでなく、保育士にも聞き取りを行って、日常的にどういっ

た管理がされているか、現場を確認しながら監査をするという形になっております。この無通告による監査を実施することにより、保育現場において児童の安全管理などの確認を常に強く意識していただくことを狙っております。

バス送迎に関して言いますと、各園の送迎マニュアルで定めております乗降時の名簿との突合はどんなふうに行われているか、現物を見ながら確認したり、システム上の園児の登園状況とその日の実際の出欠がきちんと合っているかの確認をしたりということを行う予定となっております。

各施設は毎年1回、A型、B型、C型のいずれかの監査を受けていただく形となります。

なお、C型の監査につきましては今年10月から開始する予定としております。

12ページにつきましては、この監査の見直しをする中で、施設側から寄せられた質問と本県の回答を抜粋したものととなります。やはり、無通告の監査をするということで、施設側からはかなりいろいろなお問合せをいただいておりますが、それに対してこちらとしての整理をお答えしたのになります。

最後になりますが、本県では指針やチェックシートなど、いろいろなものを作成しまして施設に提供し、注意喚起をしております。しかし、注意喚起をするだけでは全ての施設に伝わらないというのが現状でもございます。そういった意味では、監査という形で施設に入ることは非常に重要であると思っております。今後とも安全管理について注意喚起と併せて監査での確認も両輪でしっかり行ってまいりたいと思います。

説明は以上となります。本日は、どうも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。

続きまして、内野光裕様、お願いします。

内野理事長

私は、東京都私立幼稚園連合会の会長を務めさせていただいております。また、全日本私立幼稚園連合会の副会長を務めさせていただいておりますが、本日は、団体を代表してということではなくて、私が運営している幼稚園の責任者として発言させていただきたいと思っております。

たまたま本日、9月9日の朝に朝日新聞さんが取材したものが記事になっていました。また、9月20日にデジタル版でより詳しい状況が記事になっていました。写真も幾つかそのときに出ています。

基本的には、静岡県の起きてはいけない不幸なバスの事故は、私たちは起きると思っていなかった事故であります。恐らく多くの園長先生や現場の先生方は、こんなことが幼稚園で起きるとは思っていなかったと思っております。

先ほど福岡県さんから丁寧な御説明がありまして、素晴らしい御対応だと思っております。福

岡県での不幸な保育所での事故のとき、これはドライバーしかいなかったというところが大きな問題かなど。添乗員という2人目の職員がいなかったというのが大きな原因であるかと思っていました。

多くの幼稚園では添乗がつくことが当たり前で、保育所でも添乗員を置いているところが多いかと思います。今回の静岡の事故につきましても、添乗員がいたにもかかわらずチェックが行き届かなかったということでもあります。

私どもの資料の表紙に書かせていただきましたけれども、「確認の抜けは、往々にして重なる」というのが現場を務めていて本当に思うことです。そして、ヒヤリハットもそうですが、同じ日に起きてしまう、同じ現場で起きることがよくあります。またこの御家庭に御迷惑をおかけしてしまったということがよくあります。その御家庭に責任があることではなくて、昔、はやった何とかなの法則みたいな、全く裏づけないことではありますが、集中して起きる。エラーは同じ日に、同じ件に関して起きる。これをどうやって止めるかです。

マスコミの報道でも、有識者の皆さんの発言でも、ヒューマンエラーを防ぐために様々な機器の導入、システムの導入ということが言われておりますけれども、システムを扱うのはやはり人間でありますので、今回の園のようにシステムが正しく運用されなければ、また同じことが起きてしまいます。

私たちは、ヒューマンエラーの連鎖を止めるのはさらに人の力だと思います。ドライバーがいて、添乗員がいて、ダブルチェックが働かなければ3つ目のチェック、それでも働かなければ、さらに4つ目のチェック。それを支えるのは、先ほど鳥取県さんからもありましたけれども、手厚い現場の保育所の支援体制、現場にかかりきりになる方がかかりきりになれる、かかりきりになっている担任や保育士を後ろ支えするシステムが必要だと思っています。また、それを財政的に裏付けていただく。今度新しくできるこども家庭庁さんには大変期待をしているところでございます。

おめぐりいただきまして、これはもう皆さん御存じのように、事故の起点というのは、いつものドライバーではなかったということ。そして、おおむね5つぐらいの確認の抜け。私の幼稚園は、いわゆる私学助成の幼稚園、従来型の幼稚園ですが、学級担任制をしっかり堅持しておりますし、学級担任が主として行う教育課程の時間の始まりと終わりがきちりしていますので、小学校と同じように始まる時には出席を取ります。出席簿には、今日その子は何で休みなのかというのをつけなければいけません。この子は、例えば忌引であるのか、病欠であるのか、あるいは新型コロナのように出席停止であるのか、あるいは自己理由、例えば今日は保護者がお休みなのでみんなでディズニーランドに行きましたというような自己理由の自欠と記していくわけですね。当然、正式な出席簿は放課後に書くわけですが、その理由は先生たちが持っている毎日出席を取る簡易の名簿に記していくわけですね。

そのときに、今回で言えば、 の理由の分からない欠席について、理由が明らかになっ

ていないことをそのまま見過ごしてしまうというのは私たちの中ではなかなか考えにくい。でも、これも今の時点で考えにくいことで、必ずしも幼稚園とか幼保連携型認定こども園という教育施設であっても、それがきちんと行われるかどうかというのは分かりません。私どもでもこれが抜ける可能性もありますので、そこはこの仕組みの中で学級担任というのは最後のとりでであるけれども、これが抜けてしまったらもう絶対に駄目なのだよということを先生方とも申し合わせたところでもあります。

めくっていただきまして、安全に対する高い意識を持続するためには、やはり集中力を持ち続けなければいけないと思います。私どもの幼稚園も、従来型の幼稚園と言いながら、4割の方々は保育所に入れる要件の方々、保育を必要とする要件の方々、4割の方々が今、新2号と言われる2号児であります。そういう方々は当然長い時間います。私どもで言うと、1日11時間ぐらいいるわけです。年間240日ぐらいいるわけです。その中でも、こういうヒヤリハットを起こしてしまって、それに対する集中力を維持できる時間は、8時間ずっと見ていくわけにはなかなかいかないです。私どもで言えば、4時間強の教育標準時間と、養護に当たる時間、保育所のような保育園機能、保育のような時間、小学校で言えば教育課程上の学校の担任と、その後の学童保育と言われるようなところ、この2階建てで、こどもたちもリフレッシュし、職員もリフレッシュして当たるといような、集中力が持続できる時間帯をなるべく短くして、その間できちんとした保育をするという形を取っています。

それでもやはり緊張感は抜けてしまいます。毎日のルーチンですので、例えば月曜日に持っていた緊張感は木曜日ぐらいに一番緩むというのは経験上あります。これを外からの目、なかなか毎日抜き打ちをするわけにはいきませんので、そこは保護者にきちんと見ていただくことが大事ななと思います。

原則として、私どもでは保育を公開しています。教室に入ることだけは、保育の邪魔になってしまいますので御遠慮いただいています。窓の外から見ていただくことは自由です。ただ、写真を撮ることは個人情報の問題がございますので、これはお避けいただいています。遠くから撮っていただくのはいいのですけれども、近くから撮るのは駄目だと。これが圧倒的な緊張感になっています。

私どもでは温水プールがありまして、年間を通してプールに入っていますが、プールも保護者の方に見ていただいています。時々、溺れそうになっているこどもを保護者が発見して、窓をどンドンたたくということもありました。その都度、1人増やし、1人増やしということで、今ではありませんが、監視する人たちを増やす。そんなことで人手を補うようにしています。

そういった見ている保護者の方々、今、学級でも、通園班、同じバスに乗っている、乗っていない、その方々でも保護者の方々はLINEで共有していますので、例えばお仕事をなさっていて見に来られない方もほぼほぼクラスの中では共有しています。そういったところの御意見を学期ごとのアンケートで保護者の方からお伺いし、その結果をまた職員で共

有して、フィードバックするようにしています。

先ほど申し上げました緊張感が途切れてしまわない、あるいは緊張感でいっぱいになってしまおうときに、担任がSOSを出せる、内線一つでちょっと助けてほしいといったことの受け皿として遊撃隊を保育支援室という形で用意しています。こういった取組が、緊張感が高まってあふれてしまわないような体制になっているのかなと思っています。

また、起きてしまった事故、重大事故については保護者と共有する。また、ヒヤリハット、こんなこともありました、これもありました、気をつけましょうねということ保護者と共有するようにしています。これについては後ろのほうに載っていますので、後ほど御覧いただければと思います。

めくっていただきまして、通園バスの安全への取組でございます。これは、鳥取県さん、そして福岡県さんはすばらしい計画をお立ていただいているところですが、学校には学校安全計画がございます。この中に通園バスの利用手順を盛り込んでいます。それに従って運行マニュアルをつくっていますが、実はこの運行マニュアルは、3番にあるように、私どもはドライバーは委託をしていますので、運行会社と申し合わせる必要があります。添乗員は自前の添乗の先生たちですけれども、添乗だけを専門とする職員ですので、この添乗員と定期的に意見交換をしてこの見直しをします。実際にこれが使われるかどうかということが問題でありますので、それが使われているかどうかと、最後の取り残しが無いかというため3つ目の備えとして、現在は主幹教諭が車内を最終確認しています。これは朝日新聞の記事にも入っています。

めくっていただきまして、マニュアル作成のポイントです。様々なマニュアルが幼稚園にございます。学校にも保育所にもあると思いますけれども、どうしても提出用のチェックが入ったときに、これを備え付けていますよと言われるような、ちょっと硬い文章になっている、ひな形のようなものになっていることが多いかと思います。

私どもは、そうではなくて、なるべく口語体を使ったような、現場の先生たちが順番に考えていくような、現場の作業が実感できるようなものになっています。マニュアルとは申し上げないで、私たちは申合書としていますが、それは先ほどの申合せをするたびに更新をして加筆修正できるようにつくっております。

めくっていただきまして、チェックシートを今回別紙で用意していますけれども、このチェックシートは全日本私立幼稚園連合会のほうで、昨年の福岡の不幸な事故を起こしてはいけないということで用意させていただいたものです。これは私どもの幼稚園用ですけれども、各園さんがそれぞれ自分のところに合うようにつくっていただく。エクセルシートで公開していますので、各園さんがダウンロードして使えるようにしています。

これを用意していたのですが、残念ながら静岡の事件では、あの園はこのチェックシートが有効に使われていませんでした。

このチェックシートは、現実の運行業務に即しているかどうかをそれぞれの園が現場の先生たちと話をして、対応していく必要があるかと思っています。

あとは、チェック作業自体が実際の運行の妨げになっていることがあってはいけませんので、例えば添乗者用のシートを見ていただきますと、バス停の数があって、各園のバス停の数はそれぞれ違いますが、その間であったヒヤリハットはチェックをして後から出してくださいということになっています。そういうことがない限りは、例えばスケールに入れておいて、そこを指さしチェックをする、あるいはホワイトボードマーカーで書いて消していく。何もなければ出さなくていい、何かあったときに出すということ。それをそれぞれの園が形骸化しないように努力していただく必要があるかと思います。

次のページからは、私どもの園の資料です。後で、申合書についてもお目通しいただければと思います。

重大事故の報告事例、これは本当にあってはいけないようなことが起きてしまいましたので、これを保護者に報告したものです。

このヒヤリハットは昨日出したメールです。こんなこともございました。これを見ていただきたいと思います。

最後に、これは1府2省でお取りまとめいただいている幼児教育・保育施設の事故があったときの報告の系統図です。これは国のほうでお作りいただいたものです。上のほうが新制度、こども家庭庁さんが見ていかれるような施設型給付の園の流れ、下は私どものような従来型の幼稚園の流れとなっています。今回事故が起きたのは幼保連携型認定こども園ですのでチャートとしては上になるのですがけれども、従来型の幼稚園も一度市区町村に事故報告が行って、それを共有するという仕組みにすべきだと思っています。

東京の場合は、知事の認可権限を区市に委託をしていますので、こういう場合では本来区市が中心になって取りまとめをするべきですが、区市のほうで自分のところに認可権限が下りてきていることを意識していらっしやらないところもあるので、今後、そういうところも含めて全ての保育・教育施設を区市町村のほうで一元化する。

鳥取県さんでは先ほど、漏れがないようにすぐに情報が伝達するように県にも同時に出すということをおっしゃっていましたがけれども、私ども現場としては、ワンストップで市町村に出す。その後で、市町村から都道府県に出していただくということが一番いいかなと思っています。

長くなりました。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。

続きまして、前田正子様、お願いいたします。

前田教授

皆様、おはようございます。

私は、「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」の座長を務め

ております。この会議は、2015年に始まりました子ども・子育て支援新制度に合わせてつくられた会議でございます。

今日は、園バスの事故にかかわらず、教育・保育施設における事故がどういう状態で起きているかということをお話させていただきたいと思っております。

2015年になりましてから、改めまして教育・保育施設における重大事故の報告制度が導入されまして、今お見せしておりますのが2004年以降の教育・保育施設における死亡事故の件数でございます。

残念ながら、2003年までは事故報告は一応奨励されておりましたけれども、努力義務ということではなく、実際にどのような事故が起きていたか、死亡事故があったかという全国での発生件数は私の知る限り把握されておられません。

2004年くらいから厚生労働省が事故報告をするようにということ積極的に通知を出され、死亡事故の報告が始まりましたけれども、これも2014年までは全件が報告されているかどうかは分からない状態でございます。

2015年からは、新制度に合わせまして必ず事故報告をするようにということになりまして、死亡事故の把握がされております。これに関しても、認可外保育所に関しては無償化以降努力義務になっておりますけれども、本当にすべてが報告されているかちょっと分からないことがございます。

2014年は17名が亡くなり、2015年には14名が亡くなっております。マニュアルができた、事故予防の意識が広がって、だんだん死亡事故は減っておりますけれども、2020年に5件、2021年に5件起こっております。

実は、2020年は認定こども園で2人、認可外保育所で1名亡くなっているのですけれども、これは食べ物による窒息死です。同じようなことをやって、こどもさんが誤飲で窒息死しています。これは、保育所でこういうことをしてはいけない、こういう食材を給食で出してはいけない、ということをおぼろげに覚えておいてもらって、お子さんが亡くなるという事態が起こっておりますので、保育の常識、給食におけるルールが徹底していないことが分かった事象でございます。

2021年も5名が亡くなられておまして、これに去年の残念ながらの園バスでの置き去り事故が含まれております。ですので、死亡事故は皆様方の努力によって減っておりますけれども、残念ながらここ数年、数人の方々が毎年、教育・保育施設で亡くなられているということが事実でございます。

先ほど内野先生のほうから事故報告の仕組みのお話があったけれども、まず新制度のスタートに当たりまして、教育・保育施設における死亡事故をはじめ重大事故の件数が把握されていないということが非常に問題視されまして、前年2014年より再発防止の検討会が急遽立ち上げられました。新制度スタートに当たって、どういう事故を報告してもらうか、どういう様式で報告してもらうかについての検討が前年度にスタートいたしました。

このときに、ヒヤリハットに載るような小さな事故を全て報告してもらおうのいいのではないかという御意見がある一方で、私どもでは、死亡とか治療が30日以上かかった重大事故、もしくは意識不明のものと限定いたしました。

これは、現場の方はよくお分かりだと思えるのですが、小さな擦り傷や、ぶつかること、裂傷みたいなけがは絶えませんので、そういうものを一々報告していただくと、保育現場が疲弊してしまって、却って大事なことに注意が向かなくなります。あえて重大事故に絞り込んで御報告していただくことになっております。

報告様式や報告方法については、先ほど見せていただいたとおり、施設から自治体、そして、国へということに定めまして、2015年4月からこの報告制度が開始されています。

事故で貴重な命が失われますと、保育士さんも傷つきますし、もちろん保護者の方も家庭が大変な状況になります。そういうことを踏まえて、同じ事故を繰り返さないために、事故を検証していただいて、どういう要因で事故が起こったか、それを繰り返さないために、ほかの自治体やほかの施設にも勉強になるように事故の検証をお願いしたいということで、自治体にこれをしていただくということで、事故検証の制度を2016年4月より導入しております。

この事故報告は、実はあまり現場の方に知られていなくて非常に残念です。内閣府のホームページに教育・保育施設等の事故情報のデータベースがちゃんと構築されておりまして、定期的に、どういう事故報告があったか、どういう状況で何歳の子が、何が原因かと思われるか、まずは事故概要を報告していただき、その後、事故詳細が分かるようにエクセル形式で、こどもの年齢やけがの様態、起こった場所などで全てソーティングして、保育関係者、教育関係者の方が勉強できるように立ち上げているのです。しかし、このホームページのデータベースまで行き着くのがなかなか難しく、参照していただけないところが残念なところがございます。

次に、私ども有識者会議は、始まって以来、毎年事故の傾向を分析いたしまして年次報告を出しております。毎年夏ごろには、昨年の事故件数やどういう事故があったかということ報告すると同時に、そのときにこういうことに注意してもらいたいということ年次報告という形でまとめております。

例えば、最初に出ました平成30年の事故報告は、過去3年間の死亡事故を分析いたしまして、睡眠中の事故が多いとか、預け始めが危ないとか、そういうことを分析して、うつぶせ寝は駄目よとか、呼吸チェックをしてくださいとか、預け始めは特に注意してくださいということを取り上げました。今、保育所が慣らし保育の重要性が再認識されたのも、この平成30年の報告書がきっかけだと思っております。その後、認可外保育施設の事故検証や監査体制などを調査しましたのが令和2年でして、令和3年、最新のものが今出ております。

令和3年は、実際に重大事故を起こして事故検証報告書を出してくださった自治体その後どうなっているかということの追加検証と、かつ、いろいろな独自のマニュアルやチ

チェックリストをつくられて事故防止に熱心に取り組まれている先進事例の自治体や園を取り上げて、いろいろ調査をさせていただきました。ただ、残念ながら、依然としてこどもの安全を最優先とする意識の徹底が十分とは言えない状況が見受けられるということです。

それから、園の中の人事異動もありますし、自治体の人事異動もございますので、事故が起こったときは、非常に事故防止に熱心な人がいたり、いろいろアラートを出したりしても、人が替わるとその知識がうまく継承されない。園だけでなく、自治体での危機感もなくなってしまうような残念な事例も見られました。

また、国では、私どもは内閣府のホームページで事故防止のためのガイドラインやいろいろなチェックリストを載せているのですが、それをそのまま使っていただくわけではなく、各自治体が地域の実情に合わせて、それを工夫して使っていただくこと、それを基に各園と一緒に検証していただくことや、園に使いやすいマニュアルなどに落としていただくことをお願いしているわけです。しかし、国のガイドラインをそのまま配布している自治体もございます。実は国のガイドラインはあらゆるものを網羅しておりますので、かなり分厚いものになっております。ですので、実際には読めないような園もあるのではないかと思います。

記憶に新しいのは、八王子の認定こども園で大粒のブドウを4歳児に食べさせて、そのまま窒息死させた事件があるのですが、冒頭、園長先生は、ガイドラインは知っている、でも、あんなものは読んだことがないと言われたことがございました。園で使いやすい、現場の実情に即したチェックリストやガイドラインの作成がまだできていないところもあります。

ですので、右側に書いているのですが、ぜひとも地域の実情に応じた自治体独自のマニュアルや研修、事故防止の一層の喚起をしていただきたいということと、人間はやはり忘れますので、定期的にチェックリスト、訓練、口出し確認、研修、そういうのを繰り返していきということを改めて確認したわけでございます。

繰り返しになりますが、重大事故を起こして事故検証をし、そのときに大変大きい研修をなさり、自治体の担当者の方も二度とこういう事故を繰り返さないということを言っていた自治体でも、人事異動でその方たちが動かれると忘れられている自治体があることも事実でございます、大変残念なことございました。

私どもは現在、2015年から事故報告制度、2016年から事故検証制度が始まりまして、昨年度出しました年次報告でこれまでを振り返ったわけですが、私どもの反省点も含めて申し上げますと、事故のデータベースや年次報告の存在が知られていません。各自治体が検証いたしました事故報告は、まだ国のほうで取りまとめて一斉に見られるような状態になっておらず、各自治体のホームページに掲載されているのですね。

事故が起こったときには報道が大きくされますので、そのときの記憶がある人でしたら、例えば先ほど言いました八王子とか、大阪市とか、東京都のホームページに行きますと、死亡事故の検証報告が出ておりまして、学ぶものが大変多いです。貴重な命の犠牲の上に

親御さんも証言していただき、関係者の方が心血を注いでつくっていただいた事故の検証報告ですので非常に学ぶものが多いのですが、事故から数年たちますと忘れられてしまう。せっかくの検証がほかの自治体で生かされていないという現状がございます。

ほかの園での事故とかほかの自治体の事故は、不幸の話をするようで話をしにくいということもあると思います。ですので、教育・保育の現場で、ほかの園での事故の要因が理解されておりません。ほかの園での事故の要因が理解されていないということは、せっかくの検証が広く現場に生かされていない、同じようなことが繰り返されるということで、残念ながら今回の園バスの事故も繰り返されたわけでございます。

繰り返しになりますけれども、事故の起こった自治体であっても、その後の教育・保育行政に生かしているところもございます。しかし、検証して終わりのところもございます。

それから、指導・監査は非常に重要なのですが、監査する自治体側の人材の専門性にばらつきがあります。給食の専門家、栄養士、保育の専門家、遊具の専門家とか、保育現場に詳しい専門家をそろえて監査している自治体もあれば、必ずしも保育の専門家ではない人が監査している場合もございます。自治体の監査のクオリティーにもばらつきがある。着眼点にも違いが出てくるということが残念なところでございます。

先ほど繰り返しましたように、国の事故防止のガイドラインは、それぞれの実情に応じてつくっていただくことによって、自治体側の当事者意識、園側の当事者意識も出て使いやすいものになるのですが、まだ少なからず国の事故防止のガイドラインをそのまま配っているところがあるのが実情でございます。

私どもも含めての反省ですが、事故報告・事故検証をどう現場の再発防止に結びつけるかの工夫がまだ不足していることが実態でございます。

昨年の園バス置き去りの事故検証報告は、現在、自治体において検証が開始されておりまして、今後、事故報告が提出されると思います。またそれに関して学ぶことも多いかと存じております。

国から、去年の事故を踏まえていろいろな通知が出ているわけですね。私どもも、プールの事故、去年の食材の誤嚥事故、それが起こりますと必ず通知を出しているわけです。しかし、国の通知は所定の国の正式な通知としてのフォーマットがございますので、日本語が非常に難しく、現場では読み込めないです。かつ、自治体や教育・保育の現場には国からの通知がたくさん来ます。アレルギーチェックとか、感染症のときのチェックとか、いっぱい来まして消化できないのが実情だと思います。ですので、通知を出すだけでなく、注意すべきポイントや現場が実施すべきチェックリスト、すぐできるアイデア、使えるツールなどがないと、現場ではすぐには生かせないのです。

これまでの経験からしますと、ほとんどの教育・保育施設の事故は保育の基本を怠ったり、基本的な知識の欠落から起こっています。例えば、節分のかた豆は5歳児以下にあげたら駄目ということが消費者庁からも言われ、それが常識だと思っていたのですが、そのままかた豆をあげてしまっている事故だったりします。大粒のブドウを切らずにその

まま与えたり、なぜしてはいけないことをしたのかなということから事故が起こっています。ですので、基本的な知識、知っているはずというわけではなく、教諭・保育士の研修や具体的な事例からの学びなどが常に必要かなと思っています。

しかし、多くのことを一度で覚えられません。人間の認知能力は限界がありますし、研修に出ることも大きな負担ですし、現場の人たちが少しのこと、ここで注意しよう、ボール遊びのときはこうしよう、園バスのときはこうしなければということを短時間で覚えられるアラートを繰り返し繰り返しやる必要があります。通常の勤務中に短時間で必要なことを学べる研修の工夫、ランチタイムの15分研修や、短い動画を見るとか、現場の負担にならない、通常の勤務中の研修などの工夫も必要かなと思っています。

そういうことを踏まえまして、私どもは内閣府の調査研究で、現場ですぐ使えるツールを作成しております。これは先ほど申し上げました、なかなか事故の検証報告が活用されていないとか、学びの機会がなかなかないということ踏まえまして作成しました。すぐ使えるツールとして、ポスターをダウンロードしていただいて、この下に園での注意点を書いていただいて、職員室に貼っていただく、保育室に貼っていただいて、ちょっと行事をするときに注意できるようなことを書いているわけです。

例えば、給食のときは、ミニトマトに気をつけてとか、もちもち危険よとか、豆まきのときは危ないよとか、お昼寝のときは呼吸チェックが必要よということ、目で見て言葉で確認できるようなツールを作っております。

これはプール活動ですね。遊具です。こういうときにブドウは4つに切ってねということ自分たちの園で入れられるようなツールを作っているわけでございます。

こういうものがないと、通知を出しても、それを読み取って、園でどうしたらいいかというのが分からないので、ここまで現場ですぐ使えるような材料を作っていくことが必要かなと思っています。

最後になります。これまでの事故は、分析の結果、睡眠時、食事、水遊びの3つの場面をリスクが高い状況として取り上げてきました。園バスの事故はこれまでございませんで、去年初めて死亡事故が起こりましたので、私どもの検証や報告に入っていなかったところです。

どこでミスが起こりやすいかを調べ、置き去りを起こさないための必要な作業マニュアルやチェックリストを作成することが必要だと思っています。それをそれぞれの園が、自分たちの状況に合わせて使えるようにすることが必要だと思っています。

先ほど福岡県様や内野先生からも御報告がありましたように、あくまでも国や自治体がつくるチェックリストは見本で、それを自分たちの園の園バスの状況や、送り迎えをするこどもたちの人数や、担当者の人たちに合わせて使いやすいものを作ることが必要だと思っています。

それから、機械は確かに有用でございますが、機器もセンサーの故障などがあり得ますし、補助にすぎません。睡眠時の呼吸チェックの機械もございませけれども、それも鳴り

続けて、切る園もありますし、結局使い物にならないということで、保育士の先生たちが口に手を当てて呼吸しているかどうかをチェックしたり、体を揺さぶったりすることが効果があるということが出ております。機器も助けにはなりますけれども、人間のチェックが一番安全だということを申し添えたいと思います。

実際に園で、園バスなどの場合も、食材、水遊び、睡眠時ですけれども、チェック作業の訓練を繰り返し、ちゃんとできるようにする。監査のときにそれを自治体も確認するという繰り返しの作業を怠らずしていくことが、事故の再発防止に必要なかと思えます。

以上、私の報告を終わらせていただきます。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。

これまでいただいた御説明等に関し、御質問のある方は御発言をお願いします。

小倉大臣

まず私から。

皆様、どうもありがとうございました。私から3点御質問をさせていただきたいと思えます。

様々な有識者からお話を伺って、一つは、今回も出ましたように、自治体による監査というのが非常に大きなポイントだと思います。今日お越しいただいた両県の皆様方は、様々な事故を踏まえて新たなポイントを追加したり、監査のやり方を工夫したりしていただいていることは大変分かったわけでありますけれども、一方で、取組が増えれば、当然部署における様々な作業負担も発生するという一方で、そういった中で人繰りをどうするか、人材育成をどうするかといったことについて工夫をされていけば教えていただきたいのと、また、国に対して何か要望があれば、それも率直に教えていただきたいと思えます。

2点目が、前回の関係府省会議でも出ましたが、ヒヤリハット事案をいかに施設内で共有して、鳥取県さんがやっていたような事例集をつくって県下で共有することも非常に重要だと思います。

他方で、前田先生がおっしゃってくださったように、これも全て報告義務とすると現場の負担が過重になってしまって、逆にヒヤリハット事例を積極的に共有できなくなるというような副作用もあるのではないかと認識をいたしております。

そこで、自治体等で、もしあれば内野先生にもお伺いしたいのですが、ヒヤリハット事案を積極的に施設内で共有していただくだけではなくて、重要なものに関しては広く施設外にも共有してもらうためにどういう工夫が必要かという点について、もしあれば教えていただきたいと思えます。

最後、3点目であります。こちら、前田先生に御指摘をいただきましたが、死亡事故等が発生した場合には、自治体において検証委員会を立ち上げて検証していただいて、再

発防止策も含めて報告書をまとめていただくようになってはいますが、なかなか報告書が共有できていないとか、あるいは国からのガイドラインとか通知が分厚かったり、分かりにくかったりして現場まで届いていないという御指摘をいただきました。

私どもも反省をして、これを改善したいと思っておりますし、今回、マニュアルも策定しようと思っておりますけれども、そのマニュアルの策定に当たりましては、動画の活用も含めて、できる限り現場にとって分かりやすく、簡潔なものにしたいと思っております。

そこで、これも自治体、そしてもしあれば内野先生にもお伺いしたいのですが、今申し上げたような国の通知とかガイドラインとかマニュアルが一体どういったものであれば、現場で周知徹底していくようなものになるのか、その点についてもし御意見があったらお聞かせいただきたいと思います。

以上3点です。

吉住統括官

それでは、順番に、まず鳥取県の中西様からお願いします。

鳥取県

監査や実態調査等で非常に負担が増えるのは事実です。昨年度も、鳥取県の検証会議を踏まえた安全対策に取り組むためにということで、人員を要求して増やしました。安全担当というポジションをつくって、人を増やしました。それでも、かつかつで動いているような現状です。

また、ヒヤリハット事案は県内で共有しています。もちろんホームページにも出しておりますけれども、これをつくることが目的ではなく、これを活かさないといけませんので、研修のときにこれを材料にするというふうな感じで、県下で活かすように工夫をしているところです。

通知等の話がございましたけれども、確かに安全ガイドラインも、これまでのことを見ますと、文部科学省から、厚生労働省から、内閣府から、ものすごい分厚く、県の職員でさえも見るのが四苦八苦で、どれがどうよという感じで、それは難しいものでした。

そのままでは、前田先生が言われたように、国から県からいろいろな通知が行っていて、全然見ていませんでしたという園長さんもいらっしゃいます。そうなのはせっかくつくったものも無用の長物になってしまいますので、県の安全研修については、県内の小児科医の先生が動画と絵を使って、こんなやけどをしたときにはまず水で流しましょうというような、誰が見ても分かるような動画を作成したのが、それも長くないのですね。短い時間で、どの職員も、例えば休憩時間や帰る前の空いているときに見られるようにしました。それは逆にすごくよかったかなと思います。

また、先ほど前田先生の資料にございましたが、すぐ見て分かるようなポスターですね。あれはコロナでも共通だったので、手を洗いましょう、消毒をしましょう、マ

スクをつけましようと、こどもも先生も見てその場で分かるというものは非常に参考になると思います。失礼ながら、私も先ほどのポスターは存じておりませんでした。早速そういったものを活用させていただきたいと思っております。

以上でございます。

吉住統括官

次に、福岡県の浦田様、お願いします。

福岡県

まず、監査についてですけれども、確かに監査の内容を詳しくすればするほど、監査を行う我々の現場のほうの負担も、受ける保育所のほうの負担も多くなってございます。そういうこともございまして、先ほど御説明しましたが、福岡県では監査を3分割しまして、それぞれ重点を置くポイントを絞って、それを交互にやるような形で、現場、それから保育所の負担をなるべく軽減しながらも、きちんと見られるような体制を取りたいと考えております。

ヒヤリハット事例の共有というところにつきましては、確かにいろいろな事例を共有することは重要だとは思いますが、そういったものの報告を園に求めることで、また園の負担が増えることもございますので、報告についてはどういった形にするのが園の負担も少なく、また、見て分かりやすい、ポイントがきちんと分かるようなものになるのかというところの工夫が必要なのではないかと思っております。

それから、検証についての共有も同じようなお話にはなるのですが、確かにいろいろ検証の報告とか、国からの通知も、それから我々の県としての通知も、これは反省ではございますが、園の皆さんにとっては非常に分かりにくいものになっているのかと思います。先ほど言われましたように、動画を使うなど、そういった工夫は今後求められていくと思っております。

ほかに何かありますか。

福岡県

少し補足させていただきます。

ヒヤリハット事例等については、今回チェックシートを使って我々と見ていく中で分かったことも実際にあります。例えば、回っていく中で、階段の踊り場の際間が大きいんじゃないか、落ちたりするんじゃないかという話があったり、低い位置のフェンスのところに針金が出ていたとか、監査の中でチェックシートを実際に確認していく中で確認できたような項目があります。

また、ヒヤリハット事例ですが、さっき鳥取県さんの話もございましたけれども、すばらしい取組だと思っております。申し訳ないのですが、鳥取県さんのホームページ

に公開されている情報について、皆さん確認するようという形で県内の事業者等に展開している形でございます。

最後の表記、委員会等の分かりやすいという話は、私どもはできるだけ、先ほど課長が申しあげましたけれども、Youtubeなりで流すという形を取っているところでございます。実際、本当に見てほしい方が見ていないのではないかという気もいたしますので、そちらについては監査等でしっかり見ていく必要があるのではないかと考えているところでございます。

以上でございます。

吉住統括官

次に、内野様、お願いします。

内野理事長

マニュアルをたくさんつくらなければいけない立場から申し上げますと、バスのことについてもたくさんのお知らせをいただきました。本当にそのまま積んでしまっている園も多いかと思えますし、全てに目を通して理解するのはなかなか難しいかと思うのですけれども、前田先生のチームでおつくりになっているリーフレットなんかはすごく分かりやすく、保育士さんや御家庭の方々に、こういうところは気をつけましょうというようなリーフレットはすごく分かりやすい。

幼稚園も、担任の先生たちや保育に当たる先生たちが見て瞬時に理解できる、ちょっと見ていつも意識を新たにするという試みはいいかと思えます。

それから、例えばAEDを使った訓練については、東京都は政策誘導的な補助をつけていただいています、施設型給付は別ですが、私学助成の園は、訓練の記録、ペーパーと写真を出すと30万円補助金をもらえるとかですね。

それから、池田小学校を受けて、その後、学校110番のシステムなんかことができました。防犯訓練を行って、防犯計画と防犯マニュアルを出すと、それもまた30万円もらえるとか、今回なんかも恐らく、私、振興対策畑が長かったので、東京都にお願いして、そういう点検を積極的に行っているようなことを報告すればインセンティブをつけてよという話になるかと思うのです。

そうやって何かあめがあるといいかなと思います。施設型給付の園も、むちだけではなくて、その分、人を手厚くできるような、今もバスがあるかないかで施設型給付の中に加算項目がありますけれども、これについては額が低いのではないかという話もいっぱい出てきています。バスの台数にリンクしていないとか、いろいろな話もあります。こういったところも少し手厚くしていただければありがたいかと思えます。

吉住統括官

次に、前田様、お願いいたします。

前田教授

自治体も、県のような大きいところは専門の人材もそろえられると思うのですが、小さい市町村では専門人材の育成は難しく、それをどうしていくかということが大きな課題だと思います。保育の監査だけをしているわけではなくて、他の福祉関係の施設も監査しなければいけないので、専門性が培いにくいということがあると思います。

それと、皆さんが見ていただいたとおり、少しのヒントがあれば、学べるツールがあるので、国が通知を出すときには、チェックリストを国がつくるとか、見やすいポイントみたいなものがあるだけで随分違うのではないかと考えております。どうぞよろしく申し上げます。

吉住統括官

ありがとうございました。

時間が押しているのですが、ほかの構成員から何か御意見がございますでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、全体を通して小倉大臣から御挨拶をお願いします。

小倉大臣

中西様、浦田様、内野様、そして前田様、本日は御多忙のところ、お集まりをいただきましてありがとうございました。

自治体の皆様方、鳥取県、福岡県からは、非常にしっかりとしたお取組を伺いました。内野様からは、現場でしっかり取り組んでいる施設側の話も伺いました。前田様からは、送迎バスの事故だけではなくて、広く子どもの命と安全を守るための様々なお取組を、日頃から政府に御協力をいただいておりますけれども、さらに御意見をいただきましたことを改めて感謝を申し上げたいと思いますし、頂いたそれぞれの御意見をこれから10月にもまとめる緊急対策にしっかりとエッセンスとして取り込んでいけるように努力したいと思っております。この会議の直後に、この議論を加速させるための大臣指示を出させていただきたいと思っております。

引き続き、本日御参加の皆様方には御協力をお願い申し上げまして、私の挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

吉住統括官

これにて、自治体、有識者の方からのヒアリングを終了します。ありがとうございました。

関係府省の出席者については、この後、小倉大臣からの御指示がありますので、適宜御

移動をお願いします。

(関係府省席移動)

吉住統括官

それでは、小倉大臣、よろしく願いいたします。

小倉大臣

まずは、関係府省会議の構成員の皆様方、御協力をいただきましてありがとうございます。

本日、9月29日、関係府省会議の議長として、あるいはこども政策担当大臣として、関係府省の皆様方に大臣指示を出させていただきたいと思えます。

そのまま読み上げさせていただきます。

緊急対策とりまとめに当たっての基本方針

次に掲げる方針に基づき、緊急対策とりまとめに向けた作業を加速すること。

- 1．送迎用バスの安全装置装備について、児童福祉法、認定こども園法及び学校保健安全法等の体系の中で、最も適切な方法で義務化する。
- 2．送迎用バスの置き去り防止を支援する安全装置（仮称）の仕様に関するガイドラインを作成する。
- 3．車側の対策である安全装置の装備との両輪として、送迎バス運行に当たって園の現場に役に立ち、かつ、分かりやすく、簡潔な安全管理マニュアルを早急に作成する。
- 4．安全装置の義務化、送迎用バスの置き去り防止を支援する安全装置（仮称）の仕様に関するガイドライン及び安全管理マニュアルの作成を踏まえ、園を支援するための措置として、全ての園の送迎用バスの安全装置改修支援、安全管理マニュアルの動画配信や研修の実施、登園管理システム等の普及など財政措置を含め、具体策をとりまとめる。

以上になります。どうぞよろしくをお願いします。

吉住統括官

それでは、これにて第3回会議を終了します。ありがとうございました。