

2014年10月7日

内閣府 消費者委員会 御中

意見書

弁護士 寺町東子

1. 保育施設での事故の実情～類似事故の繰り返し

(1) 午睡中の死亡（保育施設での死亡事故の85%（過去3年））

- ・うつぶせ寝に頭から毛布や布団を被せている。

Rea. 泣き声が漏れると他の子が起きる、近隣の苦情など

- ・死亡しているのを発見するまで見ていない。
- ・午睡中死亡のリピーター施設も（郡山市2件、川崎市、大阪市）

(2) 誤嚥による窒息

- ・白玉、カステラなど、目を離している。

(3) 溺死

- ・水泳指導中に目を離している。

2. 報告義務の必要性

報告漏れ（2013年厚労省追加公表31件）

→ Cf. 医師法21条、薬事法77条の4の2など

過失の有無に関わらず有害事象を報告する義務を

3. 都道府県にて情報収集を

(1) 待機児童対策を行う自治体は事業者になくなる

- ・リピーター施設が、いずれも政令市・中核市で生じている事実

(2) 死亡事故発生時に対応する危機管理官の配置を

- ・保育や教育現場で死亡事故が発生した際、直ちに現場へ遺棄、現場を保存、記録、保育士・園長への指示、サポート体制を取るなどの業務を行う専門家の配置を

4. 国にて分析活用を

(1) 保育・教育機関・保護者へのフィードバックのためのデータベース

- ・保育・教育機関が類似事故を防ぐために重大事故情報を共有

→ 現在の事故報告方式に加えて、当該事故に関しての現場の原因分

析の記載欄があった方がよいのでは。

Ex. 原因分析の視点毎に記載

Software ソフトウェア → 運用・シフト・配置など

Hardware ハードウェア → 施設・設備・遊具など

Environment 環境 → 暑さ・寒さ・雨・雪・湿度など

Liveware 人間（関係者の個人的要素）

→ 保育士・子ども・関係性など

・保護者の選択に資するためには施設名も必要

→ 事故対応の中味を見ることで、保育・教育機関がしっかりした対応を見せることで信頼回復も可能

(2) 原因分析・基準への反映のためのデータベース

検証に基づく最低基準（内閣府令）への反映を

午睡中の死亡、誤嚥など、保育施設における典型的な死亡事故から教訓を導き、安全で安心な保育環境を全ての子ども達に提供するためのナショナルミニマムを国の最低基準にフィードバック

5. その他、保育事業における乳幼児の死亡事故の予防策

(1) 午睡時の観察に関する基準の見直しを

① 午睡室を無人にしないこと

② 呼吸状態と顔色のきめ細かな観察について、チェックリストの備え付けを義務づけること

③ 上記2点の違反は、直ちに公表すること

(2) 午睡時の抜き打ち立入調査を原則とすること

抜き打ち立入調査のアナウンス効果により、観察が徹底される。

午睡時に、午睡室を無人にしていないか、チェックリストにまとめ記載していないかを、抜き打ち立入調査で確認し、違反は直ちに公表すべき。

(3) 退場ルールの明確化

① 改善命令・閉鎖命令の発動基準を明確化すること

平成 13 年児童福祉法改正により認可外保育施設に対する改善勧告・公表・閉鎖命令などの監督権限が定められましたが、閉鎖命令は香川県、東京都の各 1 件のみ。

一方で、リピーター事故が相次いでいる。
権限発動のガイドライン作りなど、使える制度への改変が必要。

② 指定の更新拒絶の事由を明確化すること

③ 退場時のスキームを明確化すること

劣悪な運営をする事業者に閉鎖命令を発動した際、一時公営化し、次の事業者を引き継がせる、他園で引き受ける（そのための最低基準に対するバッファの確保）など、園児の保育が途切れることなく継続できるスキームを明確化することが、閉鎖命令の発動を可能にする。