

2015年3月2日

内閣府特命担当大臣（少子化対策）有村 治子 殿
厚生労働大臣 塩崎 恭久 殿
文部科学大臣 下村 博文 殿
教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会 委員殿

要望書（保育・教育施設や事業における事故について）

赤ちゃんの急死を考える会
会長 榎毛 富久美
副会長 小山 義夫

保育・教育施設や事業における乳幼児の死亡事故・重大事故の当事者家族として、以下のとおり要望いたします。

【要望】

1. 全ての保育・教育施設や事業※に対し、重大事故が発生した際の報告が義務付けられるよう、早急に法令を整備してください。
2. 事故報告様式については、当事者である子どもやその家族が内容を確認できるとし、また、必要に応じて当事者家族からも記入ができるような欄を設けてください。
3. 事故の再発防止の観点から、起こった事故を事後的に検証する仕組みを確立してください。特に、保育・教育施設等における死亡事故の大半を占める低年齢児の午睡時の死亡事例に対しては、科学的な検証を行うこととしてください。
4. 全ての保育・教育施設や事業における事故が、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付で救済されるよう、法令を整備してください。あずけられる場所によって、子どもや家族が受けられる補償に差が出ないようにしてください。
5. 今後、乳幼児の保育・教育への多様な主体の参入を認めていく以上は、保育・教育施設や事業に対する行政の指導監督を実効あらしめる制度設計にしてください。
6. 今後の検討において、複数の事故事例に関して当事者家族や弁護士へのヒアリングを行ってください。

※ここで言う「保育・教育施設や事業」とは、以下の施設及び事業であり、子ども・子育て支援新制度に移行しない施設及び事業も含まれます。

- ①認定こども園 ②幼稚園 ③保育所 ④放課後児童健全育成事業 ⑤放課後子ども教室
⑥ファミリー・サポート・センター事業等を含む、地域子ども・子育て支援事業 ⑦地域型保育事業
⑧認可外保育施設 ⑨ベビーシッター事業・認可外の居宅訪問型保育事業

【要望の主意説明】

乳幼児の安全が第一に守られるべき教育・保育施設や事業において、子どもが亡くなったり、重篤な外傷を負ったりするような痛ましい重大事故が跡を絶ちません。厚生労働省から公表されている「保育施設における事故報告集計」においても、近年では毎年20人近くの幼い命が失われていることがわかります。

しかし現在、こうした重大事故の再発防止をはかる対策は不十分であり、重大事故が起きても原因不明とされる事例が多く、事故要因の検証や分析が行われるケースはほとんどありません。そのため、子どもやその家族が真実を知るためには、自ら、望んでもいない裁判をおこすしかないのが現状ですが、裁判によって必ずしも真実が明らかになるわけではなく、また、裁判が再発防止につながっているわけでもありません。

2015年度からスタートする子ども・子育て支援新制度（以下「新制度」）では、保育サービスの多様化と量的拡大がはかられており、その一方で質的低下（安全基準の緩和等）による事故の増加が懸念されます。

昨年9月、政府は「子ども・子育て会議」で、保育中の事故防止対策に向け、有識者らによる検討会「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」を設置し、11月には「中間とりまとめ」が、また2月16日には「特定教育・保育施設等における事故の報告等について」通知が出されています。しかしながら、新制度の施行を前にしても未だ再発防止策は確立されておらず、その取りまとめ・通知内容についても、重大事故の当事者家族として、疑問と不安を感じざるを得ないというのが正直な思いです。

こういった状況から、事故当事者としての切実な願い—悲しい事故で命を失ったり重篤な状態に陥る子どもや、そのことで悲しみ苦しむ家族がこれ以上増えないように—とともに、教育・保育施設や事業等での重大事故防止対策について、要望いたします。

1. 全ての保育・教育施設や事業に対し、重大事故が発生した際の報告が義務付けられるよう、早急に法令を整備してください。

現在、「保育所及び認可外保育施設」、「放課後児童クラブ」、「ファミリー・サポート・センター事業」については、事故が発生した際の報告を求められています。報告が義務付けられてはいないため、認可保育所・認可外保育施設の両方において、報告されていない事例が複数存在しています。新制度では、「特定教育・保育施設」、「特定地域型保育事業者」は運営基準において事故発生時の報告を求められることとなりますが（義務化）、これら以外の施設・事業等については依然報告の義務はなく、私立幼稚園など、報告の対象としてもあげられていない施設もあり、事故報告自体に複数の基準が存在する見通しとなっています。預け先によって事故対応に差があってはならず、私立幼稚園も含め、等しく事故の報告がされる制度であるべきです。

「中間とりまとめ」では、“報告の対象”という表現で書かれており、義務なのか義務でないのかが一見あいまいな書き方になっています。さらに、子ども・子育て支援法に基づく確認を受けない幼稚園や、ファミリー・サポート・センター事業ほか一部の「地域子ども・子育て支援事業」が、「中間とりまとめ」、2月16日の通知内容のいずれから、その対象自体から外されてしまっています。

新制度の開始後も、認可施設での十分な受け入れが確保されず、認可外のまま運営を続ける小規模の施設がほとんどである地域もあることがわかっています。事故報告の義務化の対象外や、このたびの制度の報告対象外に置かれる施設や事業に頼らざる

をえない人たちが依然多く存在するであろう事態、また、死亡事故の発生率はそのような認可外の施設や事業で高くなっているという事実を鑑みると、再発防止のためには、こういった施設・事業を含めたすべてのあずかりにおける事故情報が、漏れなく報告・収集される仕組みを作ることが必要不可欠と考え、早急に対応策を望みます。

2. 事故報告様式については、当事者である子どもやその家族が内容を確認できるとし、また、必要に応じて当事者家族からも記入ができるような欄を設けてください。

現状の報告のあり方では、我が子に起きた事故にもかかわらず、家族が行政に対して情報開示等の手続きを取らなければ、報告の内容を知ることができません。また、事実と異なる一方的な一時報告がされ、それがそのまま最終報告として集計されている例や、記載事項の誤りが発覚された際の訂正を申し出ても受け付けられていない例があります。また、遺族が独自に保育者や施設への聞き取りを行ったり、提訴なり告訴なりを決意して真相解明に着手した段階で事実が明らかになることは珍しくありません。そういった場合にも、報告書は更新されず、現実が反映される仕組みになっているとは言い難いのが現状です。

中間とりまとめにおいて、報告様式と項目、形式（第1報と第2報）の提示がされ、2月16日の通知でその具体的な内容と様式が定められていますが、未だ、そういった観点からの、当事者である子どもや家族への配慮がされていません。たとえば第一報の際に、遺族・家族に対しての対応経過も併せて報告させ、第二報では遺族・家族からの確認（承認ではない）もしくはコメント欄を設ける形にするなど、一方当事者が排除されない・場合によっては積極的にかかわることも可能な形での報告を望みます。また、当事者家族への情報開示方法の確保と、訂正事項が発生した際（経過途中または最終的の双方）の対応についても定めておくべきです。

また、要望事項の1で述べたように、このたびの通知による報告様式での対象自体が全ての保育・教育施設や事業等とされており限定的であることや、報告の義務の点においてはさらに基準や対象が異なるなど、複雑な仕組みになっている点も問題だと考えております。子どものあずけ先によって事故対応に差や違いが生じないように、新制度の施行までに再検討いただくことを強く要望いたします。

3. 事故の再発防止の観点から、起こった事故を事後的に検証する仕組みを確立してください。特に、保育・教育施設等における死亡事故の大半を占める低年齢児の午睡時の死亡事例に対しては、科学的な検証を行うこととしてください。

施設内や託児（あずかり事業含む）での子どもの死亡事故は、喋ることができない乳幼児に囲まれた、密室性の高い環境で生じています。よって保育側にとって不都合な事実は隠蔽されやすく、通り一遍で不十分な状況調査や保育者・施設の供述を前提に司法解剖されている現状があります。このため、死因が不明、不詳、SIDS（乳幼児突然死症候群）、また肺炎など適当とされる病名を記載し「病死」と処理された例にも、外的要因が疑われる事例が多く存在しています。今年発表された報告では、死亡17件中12件が「不明等」であり、過去の情報からみても、死亡事故の8割近くが0～1歳児の午睡中における死亡事例で、死因が不明などのまま曖昧に放置されている実態は変わっていません。

昨年10月14日に開催された第2回検討会において委員の田中哲郎先生からご指摘があったように、食べ物の窒息などの不慮の事故については対策が進んでいるように見受けられる一方、そうではない約9割の事故、すなわち睡眠中の死亡事故とされている件についての検討が不十分かと思われます。本当に再発防止を目的とするのであれば、「死因不明」等で思考停止するのではなく、この種の事例こそ、虐待の可能性をも含めた過失の有無など、グレーゾーンとして慎重に検証する必要があります。

そこで、子どもたちを見守るという観点から、重篤な事故の発生率の高い場所にモニター設置の制度化を求めます。上記で述べた睡眠中の事故をはじめ、食事中、水遊び中（プール活動等）において、重篤な障害を負う、死亡するという事故は、毎年、繰り返され続けています。事故が発生してしまった時、保育者など当事者たちの口述や記述だけでは、明らかにならないことが多々あります。真実が明らかにならないことで、的確な説明がなされずに当事者間で問題が深刻化してしまい、訴訟に発展するケースは珍しくありません。事故調査では科学的な調査や根拠が求められることから、事故状況を推測するのではなく、客観的データから検証することが重要です。

第2回検討会において委員の山中龍宏先生もカメラの導入を提案されていたように、事故調査の際にも、動画記録があることで原因究明・真実究明を科学的かつ客観的に行う事が可能となり、的確な再発防止と事故予防へと活かすことが出来ると考えます。

4. 全ての保育・教育施設や事業における事故が、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付で救済されるよう、法令を整備してください。あずけられる場所によって、子どもや家族が受けられる補償に差が出ないようにしてください。

現在、認可を受けた保育施設と教育施設については上記給付制度の加入対象とされていますが、それ以外の施設・事業については無保険もしくは施設・事業者が独自に加入契約している民間保険によって補償が行われています。報道等によりますと、新制度の開始に伴い、地域型保育のうち「小規模保育」「家庭的保育」「事業所内保育」については、新たに加入対象となるような制度改正が見込まれているようです。対象範囲が拡充されることは喜ばしいことである一方で、さらに対象外として残る施設・事業についても、早急に対応されるよう望みます。

純然たる認可外のまま運営を続ける保育施設について対象外であることに加え、認証保育所や簡易保育施設など自治体が独自に運営費支援を行っている認可外保育施設も、引続き給付制度加入の対象外となっています。新制度の施設・事業が利用できないために、こういった施設等をやむを得ず利用される方も多くいる（国の調査でも平成27年度時点で10.3万人が利用見込み。また、待機児童にはカウントされない）現状において、あずけ先によって保育の基準のみならず、万一の事故の際の補償にも差があるというのは問題です。さらに、地域子育て支援事業である学童保育やファミリー・サポート・センター事業なども対象外となり、事件が起こり問題となったベビーシッター事業なども対象外です。

新制度に伴い国が出した基本指針には、「子ども・子育て支援については、（略）子どもの生存と発達が保障されるよう、良質かつ適切な内容及び水準のものとする必要がある」とされており、いかなる事業（新制度での提供体制不備により制度外の事業を利用する場合も含む）の利用にあっても、安全・安心な内容としなければならず、万が一の場合の補償範囲を等しくする必要があります。

5. 今後、乳幼児の保育・教育への多様な主体の参入を認めていく以上は、保育・教育施設や事業に対する行政の指導監督を実効あらしめる制度設計にしてください。

これまでの事故の実態を分析すると、人員不足の中で多数の乳幼児を受け入れ、小さな事故を繰り返している保育施設で、死亡などの大きな事故が発生している実態が多くあることが分かります。しかもその状況を、行政が事前の立入調査や、保護者・住民からの通報で把握していたという例や、何年にも渡って全く同じ改善指導・改善勧告を行っていたという事例さえあります。また、死亡事故が複数回起こっている園も存在しています。このような施設での事故は、防げるものであったはずです。

さいたま市では2011年2月に午睡中の死亡事故が起こったことをふまえ、2012年度より保育施設へ午睡時の立ち入り調査を実施しています。午睡中の職員配置状況や子どもを寝かせている環境、寝かせ方、チェック表の作成、記録など、詳細な指導事項を設け、乳幼児の午睡時間帯に事前連絡なしで訪問し、保育状況などをチェックするものです。これまでにおこなった立ち入り調査では、同じ布団に複数の乳幼児を寝かせていたり、顔の確認ができないほど部屋を暗くしていたり、呼吸チェック表を先回りしてつけているケースなどが指摘事項として報告されています。通常の立ち入り調査に加えて予告なしでの調査をすることで、施設の普段の保育状況を把握し、乳幼児の命を守る基準が現実に守られているかどうかチェックすることが事故を未然に防ぐ上で必要なことと考えます。さいたま市の事例を担当課職員などからヒアリングの上、指導監督の具体的な施策として検討していただくようお願いします。

検討会においても、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論点とされており、指導監督や助言など、国、都道府県、市町村の役割分担等について改めて検討が必要では、との取りまとめがされています。かけがえのない命を奪うといった悲惨な事故をなくすためには、「保育施設に対する行政の指導監督権限の強化」が必須であり、行政の権限と義務として、常時、必要な報告を求めるとともに、上記のような実効性のある立入調査等を行い、基準を満たさない施設や、問題のある施設に対しては、直ちに改善指導・改善勧告を行い、それが実施されないときには、速やかに事業の停止、ないしは閉鎖命令を発するように、指導監督基準を改定すべきであり、ここに要望いたします。

6. 今後の検討において、複数の事故事例に関して当事者家族や弁護士へのヒアリングを行ってください。

実効性のある事故防止策の制定のためには、過去に起こった事故事例とその経過から得られる示唆を活用することが不可欠です。第2回検討会において、認可園での窒息事故について扱われていますが、一事例の検討だけでは十分とは言えません。特に、死亡事故発生率の高い認可外保育施設（保育ママ含む）での事例や、睡眠中の事故事例の遺族ないし弁護士からのヒアリングを行い、今後の検討に役立てていただくことを要望いたします。

以上