

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（第3回）

議事次第

日時 平成26年11月17日（月）13：30～16：00

場所 中央合同庁舎第4号館4階共用第2特別会議室

1. 開 会

2. 議 事

(1) 中間取りまとめ（案）について

(2) その他

3. 閉 会

【配布資料】

資料1 教育・保育施設等における重大事故の再発防止策について（中間取りまとめ案）

資料2 - 1 教育・保育施設等における事故情報の収集及び活用に関する調査報告及び建議の概要

資料2 - 2 教育・保育施設等における事故情報の収集及び活用に関する建議

資料2 - 3 教育・保育施設等における事故情報の収集及び活用に関する調査報告

資料3 消費者安全法の通知制度について（消費者庁提出資料）

資料4 委員提出資料

参考資料 社会保障審議会児童部会子どもの預かりサービスの在り方に関する専門委員会 議論のとりまとめ（案）

前田座長 皆様、こんにちは。それでは、定刻となりましたので、第3回「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」を開始いたします。

本日は、お忙しい中お集まりいただき、どうもありがとうございます。

それでは、最初に、本日の委員の御出欠につきまして事務局より御報告をお願いいたします。

長田参事官 皆様、本日もどうぞよろしくをお願いいたします。

本日の委員の御出欠の状況でございますが、西尾委員におかれましては、本日、所用により御欠席でございますが、その他の委員の皆様におかれましては御出席をいただいております。

前田座長 お手元の資料につきまして、議事次第に御記載のとおり、資料1から参考資料までお配りしております。漏れなどございましたら事務局までお申しつけください。

それでは、議事に入らせていただきたいと思います。実は、私のほうから最初に、皆さんが気にされておられます一連の報道についてと新制度の開始についてどういう状況かということ事務局のほうからお話を申し上げます。

長田参事官 御心配をいただいております件でございますけれども、私どもはあくまで報道レベルのことでございますし、現時点で総理が消費税について一定の判断を明確に下されているわけではございませんので、そういった前提ではございますけれども、既に私ども本年の5月末に公定価格の仮単価というものをお示しさせていただきました。その際に、予定どおり平成27年4月に施行する方針のもとに取り組むということを表明させていただいております。さらにその内容につきまして、6月に閣議決定をされております、いわゆる骨太の方針においても明記をされているところでございまして、消費税の判断にかかわらず、27年4月施行という想定で考えております。

また、その点につきましては、たしか先週末に、私どもの担当大臣、有村治子大臣でございますが、大臣の閣議後記者会見におきましてもその点について明解に申し上げさせていただいているところでございます。

いずれにしても、事業者、自治体の皆様、それに向けて御準備をいただいておりますので、できる限り不安・混乱のないよう努力をしてみたいというふうに思っております。

前田座長 どうもありがとうございます。

皆様御存じのとおり、本検討会は今回で第3回目となります。これまでの会議でも皆様に御確認いただきましたとおり、今回の会議で事故情報の集約の範囲、集約方法、公表のあり方など当面の検討課題について一定の中間取りまとめを行う必要がございます。これが本日の主な議題となります。

なお、本日はこれと関連いたしまして、11月4日付で消費者委員会より出されております建議についての御説明と、本建議の中で触れられている消費者安全法に基づく消費者庁への事故情報通知制度についての御説明もあわせてお聞きしたいと考えております。

それでは、中間取りまとめ（案）、消費者委員会の建議、消費者庁への事故情報通知制度について順次御説明させていただいた後、皆様に御議論いただくこととなります。よろしくをお願いします。

朝川保育課長 厚生労働省保育課長です。

まず、中間取りまとめ（案）ということで資料1をごらんいただければと思います。

1ページおめくりいただいて、1ページ目ですが、まず、大きい1番としまして、本検討会における検討事項とこの中間まとめの位置づけということで書かせていただいております。赤字が今までに加えているところがございます。

「本検討会における検討事項について」でございますが、来年4月に施行予定の新制度におきましては、特定教育・保育施設、あるいは地域型の保育事業者は、その運営基準、これは省令ですけれども、それに基づいて事故の発生防止のための措置、あるいは、事故が発生した場合において市町村、家族等に対する連絡等の措置を講じる、そういう法令上の規定が置かれています。

その上で、運営基準による市町村への報告の対応のみならず、 、 、 ということ、重大な事故について情報の集約、 としまして再発防止の観点から事故情報の公表、分析、フィードバック、 としまして再発防止のための支援、指導監督、そういったことのあり方について検討するというところで検討してきているところがございます。

2つ目の で、現行制度におきましては、保育所と認可外保育施設、放課後児童クラブ等につきまして、死亡事故と治療が30日以上疾病等が発生した場合に国に報告を行う制度が設けられている。しかしながら、必ずしも事故の検証や再発防止に役に立つ形になっていないなどの問題点が指摘されているということで、そういう問題点を含めて事故の再発防止に資する制度としていく必要があるということでございます。

3つ目の で、こうした問題意識のもと、本検討会では以下に掲げる大きくくりの論点及びそれを細分化した具体的検討項目について検討を行うということでございます。

ここまでは検討事項についてということですが、

次に、2ページ目で、具体的に検討項目についてということで、これは子ども・子育て会議で既に提示いただいている論点1から論点3でございますが、 でございます。

中間取りまとめの位置づけということで、論点1から論点3に掲げられておりますような検討項目については互いに関連するものであり、本来まとめて検討を行って一定の結論を出すことが望ましいわけですけれども、新制度のほうは来年4月に施行を控えておりますので、その施行をしていく上で最低限必要なルールを当面の課題として位置づけて、重大事故情報の集約の範囲、方法、あるいは集約した情報の公表等を中心に検討を行い、当該部分について方向性の取りまとめを行うということでございます。

2つ目の ですけれども、この中間まとめ後には、残された課題であります重大事故の発生防止のためのガイドラインでありますとか、事後的な検証のあり方について検討をすることにしておりまして、その際、上記に述べましたとおり、3つの論点は互いに密接に

関連しますので、今回取りまとめた内容につきましても必要に応じ見直しを行いながら充実させていくことが適当であるとしてございます。

3 ページ目からは、今回、当面の検討課題としておまとめいただく検討の視点と対応方針ということでございます。

論点 1 は、重大事故の情報の集約のあり方ということで、この中でまた幾つか細分化されておりますが、 のイで、報告の対象となる施設・事業の範囲をどうするかというのが 1 つ目の論点でございます。

これについて、4 ページ目の赤い字で書いております「対応方針(案)」というところでございますけれども、まず、子ども・子育て支援新制度におきます、 としまして、施設型給付・地域型保育給付の対象となる事業・施設、具体的には認定こども園、幼稚園、保育所、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育、これらをまず対象にすることにしましょう。

2 つ目としまして、給付ではない13事業と言われる市町村の事業として実施するものの中で、子どもを預かる事業につきましてということで、一時預かり事業、延長保育事業、病児保育事業、これらも対象にしましょうと。

にありますところは、放課後児童クラブ、ファミリー・サポート・センター、子育て短期支援事業、これらは対象児童の年齢とか保育内容等が、 に書いてあるものと少し異なりますので、本検討会の取りまとめに準じて対応するというところでございます。

以上が制度的な対象範囲はそういうことですが、 としまして、加えて認可を受けていない施設・事業としまして、認可外保育施設、あるいは認可外の居宅訪問型保育事業、こういったものも報告の情報集約の範囲に加えていこうという案でございます。

次に、1 ページおめくりいただいて5 ページ目、2 つ目ですけれども、口としまして、報告の対象となる重大事故の範囲でございます。

5 ページ目の下の点線箱囲みに書いてございますが、これまでも主な御意見を書かせていただいておりますが、前回いただいている御意見を追加で赤字で書き加えてございます。例えば、骨折は頻繁に起こるものなのでという御意見とか、あるいは、医療機関を受診した事故、この辺を幅広く対象にすべきという御意見と、それを全て対象にするのがどうなのかという御意見といろいろな御意見をいただいております。

下から2 つ目のポツにありますとおり、事故の例示について示したほうが現場ではわかりやすいのではないかという御意見もございました。

これらを踏まえまして、6 ページ目、「対応方針(案)」でございますけれども、まず、国への報告対象とすべき重大事故の範囲につきましては、現行の報告対象であります死亡事故と治療に要する期間が30日以上を負傷・疾病、これらに加えまして、意識不明の事故も対象にするということがまず1 つ。また、これらの事故の例示を示すこととするということでございます。

また、事故が発生した場合には省令等に基づき、冒頭に見ていただきましたとおり、施

設・事業者から市町村あるいは都道府県に報告するという仕組みになってございます。これは適切な運用が必要でございます。

このうち重大事故につきましては、事故の再発防止のための事後的な検証に資するように施設・事業者から報告を求めるとともに、都道府県を經由して国に報告を求めることが必要である。

なお、国に報告をを求める事故の中でも、事後的な検証の対象範囲につきましては、死亡ケースあるいは意識不明のケース以外につきましては、今後検討が必要ではないかということを書いてございます。

さらに、重大事故以外の事故、これらも事業者からは報告が市町村に上がるということになりますが、その重大事故以外の事故についていろいろな御意見があるということで、例えば医療機関を受診した負傷・疾病も対象とし、市町村が幅広く事故情報について把握することが望ましいという意見もございました。一方で、自治体の限られた事務処理体制の中で効果的・効率的な事故対応により質の確保を図るという観点、こういう観点も考慮すべきという意見もございます。これらの意見を踏まえて、どこまでの範囲で施設・事業者から報告を求めべきかにつきましては、省令等の運用上の問題として自治体の実情を踏まえながら適切な運用がなされるべきであるというふうにしてございます。

次に、7ページ目、3つ目の八の検討課題ですけれども、報告をしていただく情報の範囲（項目）についてでございます。

これについて、8ページ目、「対応方針（案）」でございますが、こちらは様式で情報の範囲を規定してございますので、別紙1のとおりとしたらどうかということで直後に見ていただきます。

また、事故が発生した際に速やかに報告すべき事項と、一定程度の状況を把握した時点で報告すべき情報を分けて報告期限の目安を設定することとさせていただきます。

この報告期限の目安でございますが、で書いてございます。国への第1報につきましては、原則、事故発生当日、遅くても翌日。第2報につきましては、原則1か月以内程度としますが、状況の変化や必要に応じて追加の報告を行っていただく。また、その際、事故発生の要因分析や検証等の結果について、でき次第報告をしていただく。そうしたらどうかということです。

ここで別紙をごらんいただければと思います。ブルーの色がついた1枚紙両面の右肩に「別紙1」と書いてある紙でございます。

現行の報告様式をもとに作成してございますが、まず一番上に書いてございますとおり、赤字部分につきましては、現行の事故報告様式から追加している事項がございます。

主立ったところを見ていただくと、施設の種別を書くのはいろいろなサービスがあるからですが、右肩上に第何報というのを書いてございますが、こちらは事故直後の報告から順次情報が集まってきて何回か報告をいただくということで第何報ということを書いてございます。

あとは、教育という言葉をつけ足していますのは、幼稚園などが対象に入るということで、「保育室等の面積」のところに平米数が単に書いてありますのは、幼稚園などは乳児室とかほふく室とかがない場合もありますので、そういうことで記載欄を設けています。

その1つ下の「事故対応マニュアルの状況」の有無でありますとか、「事故予防に関する研修の直近の実施日」とかは、この検討会で御意見をいただいたことを踏まえてつけ加えているものでございます。「発生場所」についても同様でございます。

発生状況の欄でございますが、これ全体としてブルーの網かけをしているところが、2つ目の にありますとおり、まず当日あるいは翌日、第1報として報告を求める範囲として記載していただくことを念頭に置いている範囲でございます。

「発生状況」のところで、これも第1報の範囲でございますけれども、ここについては第2報、第3報といくに従って詳細な記述をしていただくことが想定されます。

その下の欄、「当該事故に特徴的な事項」、こういったことを欄として追加したらどうかというふうにしてございます。

上から3つ目の ですけども、事故発生の要因分析につきましては、でき次第報告するとございます。こちらはまた後で見させていただきますけれども、裏面のことでございます。

一回、表面の下のところに移りまして、欄外ですけども、赤字で第1報は原則事故発生当日（遅くとも翌日）、第2報は原則1か月以内、状況の変化や必要に応じて追加報告してくださいというのは、本文のほうに書いた内容と同じでございます。また、事故発生の要因分析については、でき次第報告してください。

赤字だけ読みますと、直近の指導監査の状況報告を添付してください。

もう一つ、発生時の状況図、これは写真なんかも客観的な見れるものとして含みますが、そういったものを添付してください。なお、遊具等の器具により発生した場合は、当該器具の構造等についても記載してくださいということにしてございます。

裏面でございますけれども、こちらは要因分析を一定程度していただいた上で報告を求めるもので、一番上に「データベース掲載用」と書いてございますが、こちらについては、基本的に内容はこのままの形でデータベースに掲載し公表する、そういう内容として想定している様式でございます。

一番上の欄で、まず事故の概要を整理していただいて、その下の箱は要因分析ということで要因ごとにソフト面、ハード面、環境面、人的面、その他、そういう5つの項目に分けて分析をしていただいて、右の欄で再発防止のための改善策を書いていただく。この表自体は全く新しい様式として求めたらどうかというものでございます。

一番下の欄に「事故発生の要因分析に係る自治体コメント」というのも付していただければというふうな様式にしてございます。

様式は以上でございます。次に資料1の本体の資料に戻っていただいて、9ページ目でございます。

8ページ目までが対象範囲の話でございましたが、9ページ目については集約方法とい

うことで情報の集約先をどうしていくかという論点でございます。これに関しまして、10ページ目の真ん中の破線のところでございますが、重要な御指摘をいただいております、報告をする上で事故直後の状況をしっかり記録にとどめることが重要であるという御意見をいただきまして、ここには保育士一人一人が事故発生後すぐに記録する様式を定め、それをもとに行政が詳細調査を行い、事故概要を取りまとめる報告様式とするべきという御意見をいただいております。

「対応方針(案)」のところでございますが、この報告のルートにつきましては、認可・確認を受けた施設・事業、これは新制度に基づく事業ですけれども、あと、延長保育、病児保育、一時預かり、これらについては市町村から都道府県に一旦報告をいただいて、認可を受けていない事業施設については都道府県に直接報告をいただく。それら両方について都道府県から国へ報告をいただくということでございます。

時期を分けて報告するというのは、先ほど出てきたことと同じことが2つ目のポツに書いてございます。

ページをめくっていただいて11ページ目ですが、違う視点からの話でございますが、これから御説明がある内容のことでございますが、消費者安全法に基づく重大事故等の消費者庁への通知、これも制度としてございますので、これは直ちに通知することとされていることから、市町村・都道府県から第1報の時点で消費者庁に対して行っていただくという内容でございます。

に留意書きが書いてございますが、ここで消費者庁のほうに報告すべき報告範囲につきましては、所管府省への事故報告範囲に加えて、これらの事故を発生させるおそれがあるものも含まれていることに留意が必要ということを書いてございます。

様式については再掲ございまして、その次の最後のポツですが、「なお」ということで、関係者が事故発生後すぐに発生状況を詳細に記録することについては、年を明けて行います事故の再発防止のための事後的な検証のあり方の検討の際に改めて検討するというふうに書いてございます。

以上が論点1についてでございますが、12ページからの論点2は、公表とデータベース化の話でございます。

13ページ目でございますが、こちらも主な御意見というところに2つほど意見を書き加えさせていただいております。重大事故については検証、それ以外の重いものについては防げなかった要因、それ以外のものは件数、そういうような形で分けてデータベース化することが考えられるという御意見と、検証制度について児童虐待の制度、こういったものを参考にするという御意見でございます。

「対応方針(案)」のところでございますが、国は報告のあった事故情報についてデータベース化を行って、個人情報や施設等の名称・所在地を除く情報につきましては、事故の背景が見えるように報告を受けてから速やかにホームページで公表する。

データベースのイメージとしては、別紙2、後で見ていただきます。

3つ目、都道府県・市町村は、報告のあった事故について事案に応じて公表するとともに、防げなかった要因や再発防止策等について、管内の施設・事業者等へ情報提供する。また、再発防止策についての好事例は国へも情報提供をいただく。

最後のところは、検証結果の公表につきましては、事故の再発防止のための事後的な検証のあり方の検討の際に検討するということです。

こちらで一回別紙2を見ていただきますと、2枚つづりで横書きの表になっているものがございます。基本的に先ほど別紙1で見ていただきました様式で報告をいただいた内容、それを基本的に全部データベース化にまず落とし込んでいこうということで、1枚目の表裏はそういう内容になっています。したがって、別紙1を縦を横に変えたような形で、内容については同じ内容になっているわけです。

このうち、黄色い網かけをしているもの、これらについて公表をしていこうということを考えております。例えば、裏面でいきますと、先ほどの別紙1の裏で見ていただいた内容、これらをそのまま公表するという、先ほどそういうことを申し上げましたが、ここに反映されているわけでございます。

この1枚目の表裏の黄色いところ、公表対象として考えているものを集約したのが2枚目でございます、こういう内容を御公表していこうというものでございます。

本体の資料に戻っていただいて、最後の論点ですが、残された検討課題に係る各論点の検討の視点ということでございます。

年を明けて以降、再度議論を再開させていただければと思っておりますが、これらについてもこれまで、きょうで3回でございますが、いろいろ貴重な有益な御意見をいただいておりますので、それらをまず紙に記しておくということで整理をさせていただいております。

まず、箱囲み口、事故の発生防止のためのガイドラインのところにつきましては、1つを加えさせていただいておりますが、事故の発生防止につきましては、事故発生直後の対応が重要である。上記ガイドライン、これは発生防止のガイドラインですけれども、その作成に加えまして、事故発生時の対応マニュアルについても重点的に検討してはどうかということを書き加えてございます。

関連しました御意見をその下に書いてございますが、毎年同じように起こる事故については、その原因となるものの規制が必要ではないか。あるいは、施設・市町村における事故対応マニュアルを整備すべきではないか。最後のところは、平常時は質の向上の指導、事故発生時には速やかに事故後の対応に当たるための専門職員を各自治体に配置すべき、このような意見をいただいております。

次に15ページ目、論点3で再発防止のための支援、指導監督のあり方についてでございます。

この のところに1つ を書き加えています。事後的な検証のあり方についてです。事故の検証につきましては、国への報告の対象となります重大事故、これらについては都道

府県または市町村において事故の検証を実施し、国においては自治体の検証結果を踏まえ、全国的な傾向の分析等の検証を実施するというところでございます。

今、括弧書きを飛ばして読みましたが、都道府県・市町村において実施する検証の役割分担については、今後検討としてございます。

あと、国における検証のところで書いてございます括弧書きは、死亡・意識不明のケース以外について検証をどこまでするか、そこは今後検討が必要としています。

重大事故以外の事故につきましては、都道府県または市町村において必要と認められる場合に検証を実施していただく。ヒヤリ・ハット事例については、基本的には施設・事業者において実施していただくこととしてはどうかとしております。

最後16ページ、「主なご意見」のところでございますが、事故の発生に際して、実際に何が起こったかわからない場合が多いので、プールとか食事とか睡眠中などの事故が多い場面についてはビデオによるモニタリングが必要ではないかという御意見。

2つ目は、検証に関する役割分担のあり方は、国においては事例集約を行って、全国的な傾向を分析して課題を明らかにする。都道府県においては、個別事例を総合的に検証し、再発防止策を検討する。市町村では検証作業に参加・協力することとすべきという意見でございます。

3つ目の御意見は、児童虐待の検証制度と同様に、国・自治体双方に重大事例の分析の責務を法令において規定すべき。あわせて、重大事故の検証に関する役割分担や検証方法をガイドラインで策定すべきという御意見です。

最後の御意見は、事故の検証委員会については、事故発生後なるべく早期に置き、専門家などの外部委員によって構成されるべき、そういう御意見をいただいております。

資料の説明は以上です。

佐藤企画調整官 引き続きまして、11月4日に出されております消費者委員会からの建議につきまして御説明を申し上げます。

お手元に資料2 - 1から2 - 3というものをお配りしておと思いますけれども、時間の限りもでございますので、資料2 - 1の概要、横長の紙になっておりますが、それに基づきまして御説明をさせていただきます。

まず、11月4日の建議でございますが、これは消費者委員会、第三者的な独立の委員会から関係府省等の大臣に対して出されたものでございます。その中身、めくっていただきまして、1ページ目から2ページ目のところは建議の前提になります消費者委員会の問題意識について触れられているところでございます。まず、1ページ目のところでございます。「教育・保育施設等における事故の現状」ということで、一番上の箱書きにございますとおり、教育・保育施設等においては、子どもが死亡する等の重大事故がなかなか後を絶たないという現状を指摘しております。2ページ目に行ってくださいまして、「事故情報の収集及び活用に関する課題」ということで書かれております。この検討会では所管府省の立場で情報の集約や分析について御議論いただいているところでございますけれども、

それとは別に消費者安全法という法律がございまして、広く消費者保護のために消費者事故に関して、最終的には消費者庁への情報集約を図っていくといったものがあり、その角度から課題を検討されております。

その箱書きにありますとおり、少なくとも現状では消費者安全法に基づく消費者庁への通知が適切に行われておらず、消費者庁に事故情報が集約されていないということで、被害の拡大、再発防止の対策を講ずるためには、まずは適切に情報が集約され、情報が共有されることが必要であるというような課題認識を持たれているということでございます。

3ページ目から4ページ目が具体的な建議の中身でございます。

まず3ページ目に、事故情報の収集の関係で3点挙げられておりまして、後から御説明させていただきます4ページ目のほうで情報の分析・活用についてということで5点挙げられております。

まず、3ページ目の「事故情報の収集」の関係でございます。建議事項は、右側の青色の箱で書かれております。

まず、1点目の事項でございます。これは、まさにこの検討会でも御議論いただいているところで、事故情報収集の仕組みを検討するに当たっては、消費者庁の協力を得て、消費者安全法に基づく通知制度を含めて検討するようということが1点目でございます。

その下、2点目でございますが、これは厚生労働省に対してということでは言われておりますけれども、現状、事故情報を収集する仕組みのないベビーシッターですとか、十分に事業の実態を把握できていない小規模な認可外保育施設、こういったところについても事故情報を適切に収集する仕組みを構築すべきだといった話でございます。

3点目といたしまして、まず、消費者安全法に基づく事故情報の通知制度を消費者庁が関係府省に対して継続的に周知し、必要に応じ通知を督促することといったことと、関係府省、つまり内閣府、文部科学省、厚生労働省に対しまして、教育・保育施設等において消費者事故等が発生した場合には消費者安全法に基づき事故情報が漏れなく消費者庁に通知されるようにすることといったことが述べられております。

続きまして、4ページに行ってくださいまして、分析・活用の関係でございます。こちら右のほうの建議事項をごらんいただきますと、まず1点目でございますが、関係府省は、事故情報に関する現場のニーズを的確に把握するため、施設等の運営主体とか地方公共団体等を交えた検討を行うべきだといったこと。

2番目といたしまして、同じく関係府省に対しては、再発防止のための知識、注意喚起などの情報について、全ての教育・保育施設等にフィードバックするようといったことと、消費者庁に対しましては、事故というのは家庭においても起こり得るものなので、広く子育て世帯にも情報を届けるよう取り組むことということでございます。

3番目といたしまして、これは消費者庁に対してでございますが、消費者庁でつくられております「事故情報データバンク」、こういったものを地方公共団体に周知することですとか、これは同じく消費者庁で取り組まれている「子ども安全メール」につきまして、

保育従事者や子育て世帯に登録を促す等するようにということでございます。

4番目といたしまして、この検討会で検討をいただいております事故情報のデータベース化に当たっては、既存のデータベース等の活用を含めて検討するといったこと。

あと、最後に5番目といたしまして、関係府省及び消費者庁は、消費者事故の検証について、個々の事故の適正な検証を行うということと、事故の分析によって被害の拡大防止、再発防止のための知見を得るといった2つの要請があるので、これらの目的を達成するために適切な検証体制の構築に向けた検討を行うことが、建議で出されている形となっております。

簡単ですが、以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

引き続き、消費者庁から御説明がございますが、升田委員が御退席なさるということで、もしよろしければ、まず朝川課長のほうから御説明ございました中間取りまとめ（案）についての御意見をお願いしたいと思います。

升田委員 ありがとうございます。途中で中座いたしますので、最初に一言二言申し上げさせていただきたいと思います。

今回の案を拝見しまして、論点1の重大事故の情報の集約のあり方は、当然、基本的に賛成でございます。ただ、枠組みはできましても、実際にこれを動かすとしますと、幾つかの実際上の大きな障害と予想される部分がありまして、第1点目に、調査が非常に大変ではないかと思えます。調査は実際に専門的な知見等を有しておいて、そういう者が調査を行いましてもなかなか十分に調査できない、しかも、権限があっても同様なことがあります、これがそうでない方が調査をおやりになる場合には、いろいろな場面で大変かなど。最終的には報告の内容の正確性に影響するわけですが、そういったことをどうやって担保するかということを実際上の問題として取り組んでいく必要があるのではないかとこのうぐあいに思っております。

第2点目、調査に伴いまして、なかなか結果につきましては利害関係が発生するということになりまして、法律問題として民事・刑事の問題が生じるということもありますので、そういうことも十分踏まえて担当される必要があるのではないかとこのうぐあいで、そういったことも何かのときに御検討いただければと思えます。

特に最近、弁護士もふえてまいりまして、調査があったら、先ほどございました即日報告する前に弁護士に相談するという事態もこれからはあり得るとこのうぐあいで、先ほどの法律問題の主な内容と申しますのは、関係者の法的な責任の問題ということになりますと、もちろんそういう人が弁護士に相談すること自体は何ら妨げられないわけですが、そういったときの対応も十分踏まえた御検討をお願いしたいということでありませう。

次に、論点2の集約した情報の分析、フィードバック、公表のあり方につきましても、基本的にはおっしゃるとおりで、今後そういう方向に向けて施策が進められるということ

が望ましいと思いますけれども、問題は情報を収集して、それが活用されないことを恐れるわけです。先ほど、消費者庁のシステムについて御紹介がありましたけれども、もともとあのシステムのもとになっているシステム自体は長年の情報の蓄積がありまして、しかしながら、残念なことに思ったようにといたしますか、期待したとおりに活用されているとは到底言いがたい状況にあるわけでありまして、そういう情報をせっかく蓄積されているにもかかわらず、今回の検討の目標であります事故の再発防止に実際にどれだけ役に立つかというのは、言葉では非常に直結しておりますけれども、実際の運用の面では、既に先例も、先例というのは別にいい先例ではなくて、利用されないという先例もありますので、ぜひそういったことも踏まえていただきまして、十分生かされるという努力を構築していただきたいと思います。

当然のことですけれども、そのことに関連しましても、公表といたしますのは、先ほど公表事項を限定しておられますけれども、公表することによるいろいろな情報による被害というものが実際に生じておりまして、そういったところに配慮する必要があるのだろうと思います。もちろん、情報公開法とか情報公開条例ということで従来よりは相当配慮されていると思いますけれども、どういうことで公表が誤るということもあり得ないではないわけでありまして、公表が誤るというのは両方に誤るわけです。責任がないのに責任があるという公表になるかもしれないですし、責任があるのに責任がないという方向での公表もあり得るということになりまして、双方になかなか難しい問題を発生させるということがありまして、既に実例などもあるように思いますので、そういったことにもぜひ十分な検討と対策をお願いしたいということでありまして。

まことに勝手ながら、議事を途中で中断して発言の機会をいただきまして、どうもありがとうございました。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして消費者庁のほうから御説明をお願いします。

宗林消費者安全課長 消費者庁でございます。

資料3をごらんください。「消費者安全法の通知制度について」ということでございます。

まず1枚目をおめくりください。消費者庁が設立しましたのは、21年9月でございます。今、6年目に入りまして、もともとは上の箱にありますように、消費者行政推進基本計画というところで、消費者の保護はあくまでも産業振興の間接的、派生的なテーマによる、しかも縦割りのに行われてきたというようなこと、あるいは、事故情報を一元的に集約する機関がなくということで、事故情報の活用も十分とはいえなかったというようなことがございまして、消費者庁は一元化を実現することが任務であるということ、あるいは、集約に基づいて情報を分析し、迅速に活用をしていくというようなことがミッションとなっております。

2ページ目でございますが、今、これが「消費者庁の事故情報の収集・活用の全体像」

でございます。

消費者事故という言葉は消費者安全法の中では使っておりますが、その説明については後ほど出てまいりますので、そこでお話しさせていただきます。

消費者の生命・身体に関する事故発生ということで、事故が発生した中で、左側から言いますと、この緑の部分が消費者安全法に基づく通知というものでございます。関係省庁、地方公共団体等からは通知をすることが義務というようなことでいただいております。

また、今、御指摘のあったPIO-NETという全国の消費生活センターで相談を受けて、その記録をもととデータベース化したものがございまして、これがPIO-NET情報というのですが、これも通知のみなし通知というのでしょうか、この中に一部入ってきてございます。

それから、真ん中、黄色いところでございますが、これは消費生活用製品安全法に基づく報告ということでございまして、重大製品事故が起こった場合には、10日以内に事業者からそれを報告しなければならないということがございまして、これも報告先は、消費生活用製品安全法自体は経済産業省の所管ではございましたけれども、報告、その公表は、現在は消費者庁が担ってございます。

それから、右2つが、任意による事故情報の提供ということでございまして、後で御紹介しますが、事故情報データバンクというものがあるわけですが、そこに全てのいろいろな事故情報が入ってございますが、そこに参画している機関として関係府省の独立行政法人等、例えばNITEさんであったりというようなことで、あるいは中毒情報センターとか、そういったところから任意でここに入れていただいております。

それから、一番右側が医療機関ネットワークということでございまして、現在、24病院の医療機関から情報を収集するというようなことをしてございます。医療機関を除きますと、消費者のほうが「これは何か製品に問題があるのではないか」とか気づきやすいものは入ってくるのですが、それよりも先にお医者さんのところで発見していただかないとわからない事故というのも結構あるということが、消費者庁ができてから徐々にこのところが大事だということがございまして、この医療機関ネットワークを今、24病院からふやす、あるいは、開業医も書き込めるようなドクターメール箱というようなものも開設して、ここからの情報を一生懸命集めているというところでございます。

これが一元的に集約されまして、その先でございまして、注意喚起という左側の、消費者に向けてこういうことがありますよということで注意喚起をするものもございまして、あるいは、各省庁が持っている法律に照らし合わせまして、その中で安全を担保するべきところがうまくできていないのではないかとというようなことで意見や措置を求めるといったことができる情報がございまして。

それから、完全なすき間事案、どこの省庁にも所管がなかなか落ちない、例えばこんにやく入りゼリーの物性面というようなことになりましてすき間事案というようなことで、直接見るということでございまして、この消費者庁ができたことによって、すき間をとにかくなくそうというような思いも先ほど御紹介した中にはあったかと思っております。

次のページをごらんください。

これは、消費者安全法の通知制度のところでございます。12条でございますが、まず、赤いところが通知義務者になります。行政機関の長、都道府県知事、市町村長及び国民生活センターというようなところが対象となりますが、ここは重大事故等が発生したというような情報を得たときは、直ちに通知しなければならないというようなことで消費者庁のほうへの通知を義務づけてございます。これは数時間以内というふうに普通は言っておりまして、普通の場合ですと火災とか、製品による火災などの場合には数時間以内にファックスで流れてくるというような仕組みでございます。

その2項でございますが、重大事故については後で少し御説明しますが、消費者事故等の重大事故等のそれ以外のものにおいても、その被害が拡大し、また、類似の消費者事故が発生するおそれがあると認めるときには通知をするものとするというようなものが12条2項でございますので、1項は重大事故というようなものでございますが、その2項においては、重大事故以外のものも拡大のおそれ、あるいは、そういう可能性があるときには通知してくださいというようなものがついてございます。これは法律上の条文でございます。

4ページに参りますと、まず、それでは消費者事故とは何だろうということでございますが、消費者による商品・役務等の使用・利用に伴う事故ということでございますが、このすごく特徴的になってございますのは、例えば製品・商品、教育・保育施設ですと、そこにある遊具とか設備によるものだけではなくて、役務ということは、教育・保育等の有料のサービスも含まれるということでございます。こういう役務によるものも含んだ事故でございますが、死亡とか負傷というものが1日以上の治療期間を伴うものを消費者事故というふうに呼んでございます。

ただし、商品安全性を欠かないということ、欠くことにより生じたものでないことが明らかなるものを除くとなつてございまして、例えば友達同士けんかをしたとか、そういったものは除かれているということでございます。あるいは、労災とかそういったものも原則含みません。

それから、その下でございます、「通知義務のかかる事故情報」でございますが、先ほど御説明しました消費者事故のうち、重大事故というのは死亡、30日以上傷病等の情報ということでございます。これは直ちに通知することが義務ということでありますので、数時間以内にファックスをいただくケースが圧倒的に多うございます。

あるいは、でございますが、重大事故ではなくても被害の拡大、あるいは、同種・類似の消費者事故等の発生のおそれがある情報については速やかに通知をしてくださいということで、それも2項に定められてございます。おおむね数日以内に通知をお願いしますということで書いてございます。

これが消費者事故という概念と、重大事故、あるいはそれ以外の非重大なものの説明でございますが、その前のページのところが通知をする義務がかかっているものというよう

なものが今の御説明でございます。

1枚おめくりいただきまして5ページですけれども、これは、こんなものが入っていますよというような事例でございますので、情報の例として後ほどごらんいただければというふうに思います。

6ページでございますが、「事故情報の活用」というようなことでございます。今、厳しい御指摘もございましたけれども、「注意喚起・関係省庁への要請」ということございまして、保育施設においての事故ということございまして、今回、もともと消費者委員会に御指摘を受け、建議を受けましたように、それほどたくさん集まってきているわけではございませんので、その中でということではございますけれども、例えば24年7月の白玉風だんごによる窒息事故というようなものについては公表もいたしまして、注意喚起というようなこともありましたし、また、関係省庁に対しての事故防止の取り組みを要請するというようなこともしてございます。

あと、その下でございますが、「プール事故」と書いてございますけれども、これは先ほど調査が結構難しいというお話がございましたけれども、当方消費者庁消費者安全課の中に事務局がございますが、消費者安全調査委員会という8条の事故調査をする機関がございます。この中で、例えばプール事故というようなことで神奈川県内の幼稚園におけるプール事故について、事故の原因究明の調査を実施いたしまして、文部科学省、内閣府、厚生労働省に意見を提出しております。

例えば、この意見の中身としましては、監視と指導をしっかりと分けるということ、空白の時間をつくらないというようなことで、監視と指導体制をしっかりと分離するということであるとか、緊急時の備えというようなことが、この事故の場合ですと徹底されていなかったことを踏まえて、取り組みの周知徹底を意見として出してございます。

また、事故防止のための具体的な手法の情報提供も必要なのではないかということで意見を出してございます。

これは、プール事故の例でございますが、現在もこのほか、これは幼稚園の施設とかではございませんが、医薬品の小児の誤飲というようなものも着手してございます。これは家庭内ということでもありますが、大変多うございますので、家庭内で普通ですと誤飲が起こってしまう、誤って大人の薬を飲んでしまうというようなことが多発しているわけですけれども、そういったものについても消費者安全調査委員会というのは、責任訴求ということではなくて、再発防止のためにどういうことができるのかということをやっているということで調査をしている機関でございます。

1枚おめくりください。7ページでございます。

「事故情報データバンク」ということございまして、平成21年度から、日常の身の回りのものの製品、食品、サービスなどの事故情報が、現在、約13万件登録されてございます。これは、いろいろな方が一般的に公開しているものでございますので、地方公共団体とか、研究者、消費者、いろいろな方が見ることができ、こういうものはこういうふう

に入っているのだ、こういう事故が起きているのだということを確認したり、また、同じようなことについていろいろな参考情報が入っていたりということになります。

それから、8ページでございます。

「子ども安全メール」というのもこちらからプッシュ型で発行しておりまして、最初は登録していただく必要がございますが、小学校前、学齢前の子どもの安全情報を毎週配信してございます。今、メルマガ登録者数が2万6,000人ということで、私どももこれを個々人に登録していただいて、個々人に配るのももちろん大切でございますが、きょうお集まりのような保育園であったり、いろいろな団体のかなめになられるような方にぜひとも登録をしていただいて、またそれを流していただくというようなことをしていただくと大変効果的ではないかというふうに考えてございます。

次のページをおめくりください。9ページでございます。

これは、先ほど御紹介がありました消費者委員会からの建議の中での通知状況の図でございます。説明は先ほどありましたので割愛させていただきますが、地方公共団体から厚生労働省にある程度の件数が入っていますが、そこがなかなか消費者庁には入ってきていない、通知がないということで機能していないのではないかなという御指摘を受けてございます。

最後のページ、建議の先ほどのところでございますが、この新しい、きょう検討されている支援制度の施行に向けて、事故情報の仕組みを検討するに当たっては、私どもの消費者安全法に基づく通知制度と一緒に含めて検討することという御指摘を受けてございます。

それから、2つ目の箱、(3)でございますが、事故情報の範囲や通知方法を継続的に消費者庁は周知を徹底して、必要に応じて通知を督励することということを消費者庁に建議をいただいております。

それから、関係省庁の方々にも事故情報を漏れなく消費者庁に通知されるようなことが建議の中では入っております。

この中で私どもも言われておりますのは、いろいろなところを有識者にヒアリングしたところ、消費者安全法が周知されていないというようなことで、十分にその意義とか法律そのものの周知が足りないのではないかなという御指摘を受けてございます。

今後、この建議を受けまして、基本的には通知がされていきますように、最初にお話ししましたように、この通知のほかに医療機関の情報であるとか、あるいは、報告を事業者から受けることによって、それを全部1つにまとめたときに共通のものが見えてくるのが結構ございまして、点検チームというので必ず毎日入ってきた事故を点検しながら何件あるのかということを確認してございますので、できれば私どもの本来の情報を一元的に集約しまして、関係省庁にもその後共有したり連携したり、あるいは消費者の皆様方にも伝えるということをさせていただきたいというふうに考えてございます。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、中間取りまとめ（案）につきまして御議論いただければと思います。御意見などがございます方は挙手をお願いいたします。

宮下委員、どうぞ。

宮下委員 宮下でございます。

今回の中間取りまとめ（案）について、基本的には賛成の意見でございます。別紙1の教育・保育施設等の事故報告様式についてですが、事故の発生状況について、できるだけ詳しく書くということは、非常に大切な部分だと思いますので、このところはしっかりすべきだと思っております。

ただ、下の欄外に「発生時の状況図（写真を含む。）」と書かれていますが、事故が発生したそのとき、保育現場の者は、とにかく目の前にいる子どもの命を救うということに全力を傾けると思います。そういうときに写真を実際に撮ることができるのかどうかと考えますと、無理なことも多いのではないかと思います。

それから、裏のデータベースの掲載用の事故発生の要因分析の部分ですけれども、こういう形で分析するということは非常に大切なことだと思います。ここにソフト面、ハード面、環境面、人的面、その他と分けて書いてありますが、これらの書き方について事例のようなものを示していただけますと、どの箇所にどういうことが具体的に書くのかということが現場もわかりやすいと思います。ハード面、環境面などは重なってくる部分も多いと思いますし、また、人的面のところに保育教諭とありますが、例えば幼児同士の関係の中で事故が起こったというような場合には、どういう箇所にそれを記載するのか迷うこともあるかと思います。そのようなことも含めて示していただけるとよいのではないかと思います。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございませんでしょうか。どうぞ。

小原委員 小原です。

資料で先に出させていただいているものがあります。提出資料のところです。

長田参事官 資料4、「委員提出資料」です。

小原委員 これの前に1点、報告の対象となる施設・事業の範囲というところで質問が最初にあります。ここにいろいろと書いてありますけれども、この中で新制度に移行しないものなどが例示の中から漏れないのか、例えば、新制度に移行しない幼稚園とか、移行しない東京都という認証保育所のようなところは漏れてこないのか。この消費者委員会のほうの資料では書き方を変えていて、「新制度に移行しないものも含めて、すべての教育・保育施設等」というような書き方がしてあるので、そのような書き方にできないのかというのが1点です。

もう一つ、提出資料について説明させていただきたいのですけれども、前回、最後の私の発言でうまく真意が伝わらなかったこともありまして、具体的にイメージが湧くように

図にしてみました。

この前、私が申し上げたのは、調査報告の対象を医療機関受診としたらいいのではないかというふうに申し上げたのです。その流れをイメージするために書きました。

提案1の図の左の列です。死亡や意識不明の事例については取りまとめ（案）で示されているものなので皆さん異論はないかと思います。次に、中央の列の医療機関の受診の中で、結果として30日以上の治療になったり、後遺障害が残ったりするグレーな事例のときにどうするかというのが今課題になっていると思います。

そして、一番右端の「念のため受診」と書きましたけれども、ひっかき傷のようなもので念のため受診したようなものに関しては、これは私も含め、本当は報告事故の数としてカウントしなくてもいいかなというふうに思います。ただ、取りまとめ（案）で示されているものだけだと、中央の列にあたるグレーのところのところが本当に報告されるのかが心配だということで医療機関受診としたらいいのではないかというふうに考えました。

私も国に対する報告や調査・検証は重大事故のみでいいと思っているのですが、重大事故が起きたときにだけそれを報告するというのは、現場としてもなかなか難しいのではないかと。特に真ん中の列の事例で、これは報告したらいいのかどうかというのを現場が判断するのは難しいのではないかと。それと、先ほど様式も出てきましたけれども、日ごろから、報告書というのを書きなれていないと、重大な事故が起きたときにだけこういった報告書を書くというのもなかなか難しいことではないかという思いで、もう少し中程度の事故も日ごろから報告していて、その中で重大事故だけを国が拾っていけるような入り口は一つの仕組みにしないと、これは重大事故だから国に報告する、これは中くらいの事故だから都道府県に報告する、これは本当に小さな事故なので園の中で検証するというように現場が切り分けるのはすごく難しいと思ったので、このように提案させていただきました。

そのときに、今申し上げたように現場が判断しづらいということが1点と、真ん中の例、グレーなところを誰が判断するのかというところで、現場が判断できないというときに、誰かがどこかの時点でこれは報告が必要かどうかというのを判断していかなければ難しいと思いました。消費者委員会での議論の議事録を読んだのですけれども、そこで提案されていたような、そこでは危機管理官というものを都道府県に設置してはどうかというふうな提案がされていたのですけれども、例えば都道府県に1人ずつそういった人がいて、現場の第1報が上がってきて、その中で国が調査するべき対象なのか、そうでないのかというのを集約してジャッジしていくようなものがあればいいのかなというふうに感じました。

この会議でも出ていましたけれども、各市町村では待機児童の解消のために保育行政のほうも手いっぱいであるというお話も出ていまして、そこに加えて事故の集約というのをやっていくのは確かに現実的ではないとは思いますが、できないからといって重大事故だけを現場が判断して報告していくというのはちょっと難しいのかなというふうに思っています。

それから、もう一つ、日ごろから報告することの意味ということで、課題のところを書かせていただいたのですが、仮に医療機関を受診した場合に報告するというふうにした場合に、そういうことがあるならば医療機関を受診するのを控えてしまうようなことが起きないだろうかという課題が一方で出てきます。報告することがマイナスになるのではなくて、報告をきちんと上げていくことが逆に現場も守られているというようなインセンティブがないと難しいと思います。重大事故が起きたときだけにそれをやるのではなくて、日ごろからそういった連携をしている中で信頼関係があって、重大事故が起きたときもきちんと報告するというように、重大事故だけをピックアップしていくという仕組みが難しいかなと思います、このように提案させていただきました。

後のほうで話し合う役割分担のところにかかわることなので、国が調査すべき対象の範囲というのは、私も取りまとめ（案）でいいかとは思いますが、運用のあり方として、やはり入り口1本で、現場が一つ事故の内容によって書類を選ばなくても、この書類を書いてまず第1報を上げるというような仕組みがあったほうがいいですし、それをどうやって拾っていくかというところで「実情も踏まえ、適切な運用」適切な運用という書き方だとすごくぼやけてしまって、忙しいところほどそれができなくなってしまうので、理想のモデルみたいなものはきちんと提示してやってほしいなというふうに思いました。

うまく説明できたか自信がないのですが、以上です。

前田座長 ありがとうございます。

では、山中先生、どうぞ。

山中委員 山中です。

先ほど宮下委員からお話があった写真の件ですが、私が強くお話をしているので説明させていただきたいと思います。私自身が和歌山市のプールの検証、あるいは京都市のプールの検証を実際に行ったのですが、全くといっていいほど状況がわからないのです。保育士の方に写真を撮れと言っているわけではなくて、プールのような場にビデオがあれば、保育士が目を離した時間が1分だったのか、七、八分だったのかがはっきりわかるはずですが、1分であれば、それは本人の病気のせいかもしれません。写真というより、特に危険な場所では、ビデオを撮っておけば検証のおおよその部分がクリアになると思っています。

現在では、いろいろな教育現場でモニタリングが行われています。例えば保育園なら入り口とかいろいろなところにビデオが置いてあって、誰かが入ってこないか見ているわけです。同じようなことがプールでもできるはずですが。

写真という話をしたのは、もちろん現場であたふたしている保育士に撮れと言っているわけではなくて、そういう緊急事態が起きたときには、誰か指図をするリーダーをつくることを決めておいて、皆はばたばたしているけれども、1人の人は現場の写真を何枚か撮る、例えば、子どもがどういうふうに横たわっているか携帯で撮っておけば、後で非常に役に立つわけです。そういう意味で「写真」と書いてあるわけで、現場から「無理だ」と

いわれても、そういう心構えで危機管理をすべきではないかということで、ここに書き加えていただきました。

写真を撮れというよりは、私はどちらかというとモニタリングをしておくべきではないかと思っています。後でいくら検証しようと思っても、実際はほとんど不可能なのです。唯一検証できるのはビデオであると思っています。プールは、必ずといっていいほど毎年四、五件は死亡事故が起きている場所ですから、それくらいのことはしてもいい時代ではないかと思って提案した次第です。

前田座長 ありがとうございます。

栗並さん、どうぞ。

栗並委員 栗並です。

意見を言う前に、まず1点確認をしたいのですが、朝川課長、確認をさせてください。中間取りまとめの資料4ページ目ですが、報告対象となる施設・事業の範囲に關しまして、認可外保育施設とありますが、これは届出対象外の認可外保育施設も含むという認識でよろしいでしょうか。

朝川保育課長 はい。

栗並委員 わかりました。ありがとうございます。

では、確認したいことは、今、確認できましたので、きょう、私も意見書を提出させていただきます。資料4の2ページ目が私の意見書です。

事故防止を含めて質の担保のためには、指導監督が非常に重要だと考えております。その意味で、指導監督に関して意見書を出させていただきました。

新制度の施行に当たって、指導監督体制のあり方について整理が必要と考えています。大きく分けて1と2ということで意見を書きましたが、2番のほうから説明をいたします。

指導監督のあり方について、検討項目としてまだ明記されている状況にないので、これに関して中間取りまとめの段階でも明記をするべきではないかということで提案をします。資料1の中間取りまとめ(案)、2ページ目の論点3のところでは、一番左のところでは、「事故の発生・再発防止のための支援、指導監督のあり方について」とあるのですが、右側の「検討項目」、「検討例」のところでは、事後的な検証のあり方ということには触れているのですが、指導監督のあり方に関して触れていないので、これについてもしっかり中間取りまとめの段階で明記してほしいと思って提案をします。

新制度施行に当たって、今のタイミングで指導監督体制のあり方を整理する必要があるというのは、理由は大きく分けて2つあると考えています。まず1点目は、2番の「理由」の欄の2点目ですが、新制度の導入に際して、保育事業への多様な主体の参入が想定されます。事前規制から事後規制への転換という大きな転換があると考えています。そういった意味では、施設・事業等の指導監督体制の強化が今後不可欠ということで考えています。

もう一つの理由としては、次の点です。現在は児童福祉法に基づく指導監督権限が都道府県と政令市に付与されています。今回、子ども・子育て支援法ができたことで、新たに

市町村にも指導監督の権限が付与されることとなりました。そういった形で指導監督権者が都道府県・政令市もあれば市町村もあるということで、そのあたりの役割分担とか、あと、国も含めて必要な財源等について検討が必要と考えています。

重大事故に関して、現在、指導監督は適切に行われているかということそうではないと考えています。例えば死亡事故が発生しても、速やかに特別監査を行わない、我が子の事例ですが、そういったことがありました。それから、不適切な保育が行われているらしいということで情報をキャッチして、指導監督権者がその施設に立入調査とかを繰り返しても、結局、しっかり指導監督が機能しなくて、ついには死亡事故が起こってしまったというような事例もありますので、そういった形で重大事故に際して、重大事故が発生した場合に指導監督というのはどうあるべきかということ、それから、重大事故を未然に防ぐという意味で不適切な事象を把握した場合に指導監督権限というのをこういった形で発動すべきかというあたりについては検討が必要と考えます。

指導監督体制の強化策の一つとしては、監査の要綱について改める必要があるのではないかと考えています。今、監査が適切に機能しているかということ、認可保育所についても監査がしっかり機能しているとは言えないので、そういった監査の要綱についても改める必要があると考えておりますので、その点も指摘をいたします。

それから、今度、1点目のほう、これは事故の報告の範囲に関してなのですが、私は、まずは重大事故を対象とした取り組みから重点的に進めるべきではないかということで提案をいたします。

指導監督に関して先ほどお話ししましたが、事故に際してだけ行われるものではありません。現行制度において自治体による施設や事業等の指導監督が十分行われているかということ、必ずしもそうとは言えないと考えています。各自治体において、施設・事業における保育内容について定期的に巡回して指導監督する職員が不足しているという現状がありまして、そういった中で我が子の事故が起こった施設もそうですが、最低基準に満たない施設や事業が適切な指導監督を受けられていないというケースも見られます。

そういった中で、本来、指導監督権者がすべき指導監督という業務が、今、十分なものと言えない中で、さらに今回、医療機関を受診した負傷及び疾病まで報告対象を広げることによって、各自治体に対しては新たに膨大な事務負担を負わせることとなると思いますので、本来行われるべき指導監督業務がおろそかになるのではないかと私は危惧をいたします。

それから、今お話ししたのは、行政機関が新たな事務負担を負うという話ですが、保育・教育の施設・事業の現場においても同じことだと思えます。各施設・事業の現場に対しても新たな事務負担を負わせることとなりますので、現状でも手いっぱいだ、保育現場、幼稚園の現場で持ち帰り仕事もすごく多いというような話を聞く中で、そういった保育とか教育の本来すべき業務が手いっぱいな状況の中で、さらに軽症事例等も含めて報告をするという新たな事務負担を負うことになるというのは、さらに大変なことになるのではな

いかと考えています。

最終的な中間取りまとめにおいては、報告の範囲については重大事故以外については自治体の裁量でという書き方になっているので、そうであれば、各自治体の判断でやっていただけと思うのでいいと思うのですけれども、私としては、行政への報告対象については重大事故に限定するなどして、まずは重大事故を対象とした取り組みから重点的に進めるべきではないかと考えております。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

田中信子委員 三鷹市の田中です。

報告の対象となる重大事故の範囲なのですけれども、保育現場のところでは重大事故ではない軽度のけが、先ほども小原委員のところでありましたように、念のために受診というのがほとんどになっています。転んで歯を打って歯科の受診ですとか、お友達の払った手が目に入って眼科を受診したりというようなところが多くなっています。なので、そこを全部報告していくとなると、重大事故をどうするかというところからちょっと離れていってしまうのではないかと思いますし、また、それを一つ一つ報告を上げていくとなると自治体の事務負担も大きくなって、本来の業務である質の向上に向けた指導監督とかがおろそかになるということが考えられますので、まずは重大事故の検証をしっかり行っていく、重大事故の再発防止を進めていくというところで範囲を定めるのがいいと思います。

それから、事故報告書の報告のタイミングというのがあったと思うのですけれども、現在、30日以上の治療を要する事故が発生した場合、三鷹市ですと都のほうに第1報を入れています。その第1報の入れ方は、園から電話で市のほうにこういう事故がありましたというのがありますので、まず電話で都のほうにこういうことがありましたので、報告書ができ上がったら報告書で報告しますというふうにして報告書を上げています。これを第1報からその日のうちに書式に落として報告するというのは、現場としてもとても難しいなというふうに思います。ただ、事故が起こった場合、現場でも市に報告したり、保護者に報告するということはまずその日のうち、事故が起こったというところで保護者に電話をするというところではありますので、どういう状況だったのかというのは、もちろんメモをしたり、そういったことはしっかり記録には残していますので、書式に落として報告するのが遅くなるからといって状況が曖昧になるというようなことはないと思います。

それから、事故発生と再発防止のための指導監督のあり方についてなのですけれども、子ども・子育て支援法の導入に伴って、三鷹市でも指導体制の強化を図っていこうということを考えています。なので、指導監督全般のあり方について国や都や都道府県の役割を明確にしてもらうということはもちろんですし、あわせて財源の確保も必要となってくるかなというふうに思っております。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

どうぞ、鈴木委員。

鈴木委員 鈴木でございます。

先ほどの中間取りまとめ（案）の資料1についてお話ししたいと思います。

5ページの「報告の対象となる重大事故の範囲」でございますけれども、対応方針（案）に賛成でございます。第2回で宮城県利府町の櫻井委員から御報告がありましたことは、モデルとなるようないい御報告だったと思いますけれども、自治体の規模によっていろいろと違ってくるのではないかと思いますので、まずは重大事故について対象とした取り組みから進めていっていただくのがいいかと思っています。

その上で、先ほどから御意見が出ていましたカメラなどについての撮影のことですけれども、私も長い間現場で保育をしてまいりまして、重大事故が起こりそうになった経験をしました。保育士はその時とった行動をきちんと覚えています。遭遇した時の場面は、写真で撮ったかのように覚えています。もしわからないことがあるとすれば、その場にいなかったというところではないかというふうに思いましたので、山中先生がおっしゃっていたように、ビデオを含めての記録というのもまずは必要ではないかというふうに思いました。

最後にもう1点、重大事故だけを問題にするのではなくて、日ごろから丁寧な保育をしていくということ積み重ねることが大事だと思います。その何事もなく過ごした毎日の保育の記録の上にたまたま重大な事故が乗るというふうに思いますので、何事もなかった記録というのももう一回洗い出して、食事についても睡眠についてもプールについても、必ず子どものそばにいて見守り援助を行う担当者を決める、そういうことがここには書かれていないので、まずそのことを明記していただきたいと思いました。記録を丁寧にとることによって保護者からの信頼も得られるので、たまたま何か重大な事故が起こったとしても、どこが足りなかったのかということも前向きに検証できるのではないかと思います。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

先ほど伊澤委員、手を挙げていらっしゃいましたか。

伊澤委員 伊澤でございます。

取りまとめ（案）の全体像としては賛成でございます。

そういう中で、先ほど山中先生がおっしゃったように、保育士がそばにいても見落とすしまうケースというのは決してゼロではないと思っております。最近の園においては、0歳、1歳児保育室等に限ってはいいかもしれませんが、室内ビデオ等のカメラの設置を実施されている園もふえてきているのではないかという気がいたしております。ウェブカメラ等で情報を発信している園も過去にはありましたけれども、特に情報発信をする必要はないのですが、何かのときの記録としての意味合いは非常に有効ではないかと考えております。できれば国の予算の中で、そういった0歳児保育室等に限っては、カメラを設置

するという検討も必要ではないかと考えます。

また、新保育所保育指針の中には、健康管理委員会の設置というものが一応あるわけであって、いくら保育園の中で小さなけが等の予防、また、発生してはいけない重大事故の安全管理等を行うわけなのですが、どうしても人間のニアミスといえますか起きてしまうことは、やはり保育士一人一人の資質等にもかかわってくる部分があるかと思えますし、かといって、保育士が手を抜いているというわけでは決してないと思います。日々の保育の中で行っていることが当たり前になってしまう中で起きてしまうこともあるかもしれませんし、そういう中で園内での危機管理体制のようなものがあり、常時注意を喚起するような形がとればヒューマンエラー的なものというのは防げるのではないかという気がいたしております。

また、もし重大事故が発生してしまったようなときには、先ほど専門職の配置ということがございましたけれども、できれば市町村に担当者を決めておいていただいて、検証委員会の設置等についてもどういった方をお願いして、その委員会をいち早く設置することが必要なかというところでアドバイスや指導をいただくと時間的なおくれがなく済むのではないかという気がいたしております。

あと、できれば看護師の配置等も全国ではまだ認可保育園だけではございますけれども、設置が25%程度ということを知っております。応急処置的な部分は日ごろの保育士の研修等でも行っているところではありますけれども、さきの碧南市さんの事故の報告書にもありますように、保育士がそういった研修を受けてスキルアップをしたとしても、どこまでより専門的な部分ができるのかというのは限界があるというようなことがあったかと思えますので、それには看護師の配置というものも必要ではないかという気がいたしております。

あと、報告書の別紙の事故の概要のデータベース様式の部分なのですが、実際にこれを自分の園で起きたときにどう記入するかと考えてみたのですが、ハード面、遊具の事故であるとか、構造的な事故での場合には、それをカバーするとか、取り除くとか、そのすき間をなくするとかという方法で再発防止という意味で書きやすいのですが、人的なミスの場合、目を離してしまったとか、気がつかなかったとか、そうなるとは思わなかったというようなことの場合に、再発防止という部分でのものは、注意喚起はできるのですが、どこまでできるのかというのが、自分の園でもし起きたときに、それが本当に再発防止になる具体的な対策として示せるのかどうかというのがわからなくなった点がありました。

あともう1点、これは今後の事故予防策というところで検討されるのだとは思いますが、実際に起きてしまったときの保育士とか保護者へのフォローの体制という部分での視点も今後検討されていくことだとは思いますが、入れておく必要があるのではないかと感じました。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

いかがですか。田中先生。

田中哲郎委員 田中哲郎です。

委員会でいろいろ検討され良い方向に進んでいますが、1つ心配なのは、0歳、1歳の病気あるいは原因不明の死亡事例が厚生労働省から発表のデータの中に多くみられています。これらの病気あるいは原因不明に対して今後、報告様式等を含めて検討していく必要があるのではないかと思います。

いわゆる不慮の事故的なものについては、現在いろいろ議論が進んでいて、かなりいい報告制度ができ、これらを十分に分析し、対策を実施することにより効果的な事故防止対策が取れるのではないかと期待しています。病気に対しても今後どう予防するかは非常に難しい問題です。0歳、1歳の死亡事例の9割はいわゆる不慮の事故ではなくて、病気、睡眠時に発生していますので、この面についても今後検討していく必要があると思います。

前田座長 ありがとうございます。

鈴木委員。

鈴木委員 家庭的保育も3歳未満児の保育を行っておりますので、田中先生のご意見に賛成でございます。

出産のときにいろいろなことがあったという情報がこのところ非常に多くなってきていると思います。そのような中で保育士や保育施設では0歳児の保育を受け持っているという現状がありますので、予防的な観点から小児科の先生たちからの御報告ですとか注意喚起につながるようなお話を受けたいと思いました。

以上でございます。

山中委員 中間取りまとめの6ページですけれども、「意識不明の事故」という言葉があるのですが、これだけだと我々からするとはっきりしない、何をもって、いつの時点での意識不明を言っているのかわからない。これはどういう事故を想定していらっしゃるのでしょうか。例えば、事故が発生した日に報告する場合に、溺れて意識不明で30日後に亡くなったという例のことかもしれないのですが、この「意識不明」というのが医学的にどういう時点で意識不明というのかがややわかりにくい。もう少し何か条件をつけたほうがいいと思うのです。

あと1点、今回、消費者庁の方もお見えになっています。私の理解不足だと思うのですが、いろいろなところに「国への報告」とか「国に報告があった」など、「国」と書いてあるのですが、具体的に「国」とはどこのことを指しているのでしょうか。というのは、消費者庁が来られて、消費者庁に全部集めるということなのでしょう、それとも、事故の報告先はどこを指しているのか私にはちょっとわからないのです。今回の消費者委員会の建議を踏まえて、全部のデータはともかく消費者庁が一元化して、そこが集めるとおっしゃっているのでしょうか。「国」という言葉の具体的な省庁がわからないので説明していただけますか。

前田座長 朝川課長、お願いします。

朝川保育課長 質問にわたる部分を中心に、あと、幾つか疑義があるところもあったので、そこを中心にお答えをいたします。

まず、小原委員からいただいた御意見、紙に入る前にいただいた御意見の中で、施設・事業の対象範囲についてどこまで入っているのか、入っていないのかというのがわかりづらいというお話の中に、まず1つ、東京の認証保育所のようなものが入っているのかというお話がありまして、それは4ページ目の の認可を受けていない施設、認可外保育施設の一つの類型ですので入っているということになります。幼稚園については、後から文科省がお答えすると思います。

それに関連して、栗並委員から、認可外保育施設について、今、認可外保育施設も届出制度というのがあるのですが、例えば事業所内保育所については認可外保育施設なのだけれども届け出なくていいという仕組みになっている、そういう施設もこの事故の届出の対象範囲でいいですよという御質問があって、それはそのとおり、対象に入りますということです。

それと、戻って、小原委員の紙で出していただいている御意見の中で、切り分けが難しい、特に真ん中とおっしゃっているので、30日以上の治療のケースについて、どこまで報告で、どこまで報告でないかの切り分けが難しい。難しい以上は、少し幅広目に報告の対象にしたほうがいいのか、そういう御意見だったと思います。

ここについては、確かに現場にいらっしゃる方々は医療の専門家でもありませんので、果たして30日以上を治療に要するのかわかりづらいかと思いますので、この問題は最終的にどこまでいってもわかりづらさは抜けないと思いますが、6ページ目で書かせていただきましたが、3行目のところです。少しでもそういう判断に迷いが生じないように、できるだけこういうケースは届け出て報告の対象にしたほうがいいですよという事故の例示をわかりやすくお示することで、少しでもそういう現場での判断の迷いを少なくしていく、そういう努力をしていくことで対応していきたいというふうに思っています。

あと、三鷹の田中委員さんからお話があった中で、御質問ではなかったかと思えますけれども、まず事故が起きたときに第1報は電話で行っているという、その点についてなのですけれども、一応、国の制度の現行の通知に基づいて運用しているものにおいても、重大事故が起きましたら、それはまずその時点でその日に把握できている情報で構わないので紙に落としていただいて報告いただく、そういう運用をしてきて、精粗さまざまありますけれども、一応対応してきていただいています。確かに起きた当日はかなり現場は混乱しているかとは思いますが、原則、この様式は保育所とか幼稚園とか現場の施設・事業所に書いていただく様式ではありませんが、市町村も重大事故が起きた場合には、ある程度現状の把握ということもされるかと思えますし、少なくとも聞き取りはされるかと思えますので、そこは記入の仕方についてはよくアドバイスいただいたり、事実上、あるところは埋めていただいたりということも含めて、第1報は当日、あるいは翌日していただくこと

が重要だと思います。口頭でということになりますと、厚生労働省にも口頭で来てても対応しづらいところもありますし、ましてや消費者庁にも報告ということになっていきますので、やはり何らかの形で紙に落としていただく、状況がだんだんわかってきたらそれを詳しくしていただくという対応で、第1報についても紙で出していただけたらというふうに思います。

あと、山中委員の最後に、意識不明についてはっきりしていないという御指摘でございました。イメージしておりますのは、死亡だということでも即日報告をしてくださいという仕組みですので、もし亡くなっていないで、しかも30日以上になるのかどうかよくわからない、でもその日の時点では意識不明である、そういうものが報告の対象から漏れてしまうといけないうことであるということで入れておりますので、第1報を出していただく当日において意識不明の状態が続いているかどうか、そのことで判断をしていただけたらよろしいのではないかと今考えているのですが、それでもはっきりしないでしょうか。

山中委員 今、自分の頭の整理ができました。「意識不明の事故」は、例示の一つとして挙げていただければわかりやすいのではないかと思います。要するに、死亡事故、治療に要する期間が30日以上を負傷や事故として、その例示の中に、「入院している、意識がない、呼吸器をつけている、ICUに入っている、など」、このような例示があればいいのではないのでしょうか。現在は、意識不明という例示が一個だけ示されているので違和感があるのです。病院に入院している、ICUに入っているといえは重症ですから、死亡するかもしれないし、30日以上入院する可能性が高いということがわかります。人工呼吸器をつけている、ICUに入っている、意識が戻らない、こういうことを例示すれば、わかりやすいと思います。

以上です。

朝川保育課長 私自身はまだ混乱をしていますけれども、今ので一つの整理はつくような気もしますが、もともとこの問題意識として、事故直後には状況がわからない、そこを漏らしてはいけないということで、例示にしますと明らかに死亡か30日以上の治療を要するかということの例示になりますので、もともとこの問題意識はそれでよかったですか。

栗並委員 多分、意識不明について中間取りまとめの時点で入れていただいたのは、私の提案があってということだと思えるのですけれども、私の息子の事例に関して、おやつのお食事中の窒息なのですけれども、39日間意識不明の状態が続いた後に死亡ということで、そうなってくると、30日経過した時点でやっと報告対象になる、その後に報告書をつくるために事実確認をしようとしても遅いのでということで、事故が発生した時点で意識不明の状態であったものについては報告対象に加えるべきだという問題意識を持って提案をさせていただいたものです。

山中委員 この報告は、30日後ではなく、ともかく「起きた、あるいは起きた翌日」についてのことだと思います。先ほどお話ししたような具体的なこと、例えば人工呼吸器をつけているとか、ICUに入っているとか、全然意識が戻らないというのは、翌日には、はっ

きりわかりますので、その当日あるいは翌日に報告することができると思います。30日も待っている必要は全然ないわけです。知りたいのは、ICUに入っているとか、人工呼吸器をつけているとか、意識が戻らないという、一般の方でもすぐわかることを例示すべきだと思います。

朝川保育課長 大変よくわかりましたので、修文を考えます。

前田座長 消費者庁の件はいかがですか。

宗林消費者安全課長 消費者庁の資料ではなくて、ここの「国」という言葉ではないですか。消費者庁のほうは「国」ではなくて消費者庁にということ。

朝川保育課長 厚労省の資料1において「国」と書いてあるのは、一義的には内閣府・文部科学省・厚生労働省の3府省を指しておりました、それとは別のルールで、きょう、消費者庁さんが御説明された消費者安全法でしたか、その法律に基づいても国としての消費者庁にも通知をなささいというルールが別にありますので、資料1で「国」と書いてあるのは、一義的には3府省ですが、それとは別の国の機関である消費者庁にも報告をしなければいけない、そういうことでございます。

前田座長 それをするのは3府省なのですね。

朝川保育課長 消費者庁に御報告いただくのは、市町村・都道府県から御報告いただくという提案です。

長田参事官 今ので若干補足をさせていただきますけれども、今回御議論いただいている報告制度の内容については、新制度に法的な根拠を持つ部分と、新制度に法的な根拠を持たないけれども、行政指導のあり方として対応すべきという両方が含まれております。そういった点を踏まえて、私ども内閣府、文科省、厚労省、その体制の中で最終的にどういう形を持っていくのがいいのか、もう少し詰めさせていただければというふうに思います。

いずれにいたしましても、この3府省が中心となって、より適切な報告制度のルートをどういう形で仕組んでいくのがいいのかという観点からもう少し整理をさせていただければと思います。

大路学校健康教育課長 文部科学省学校健康教育課長でございます。

先ほど、小原委員からの御指摘の中で、新制度に移行しない幼稚園の取り扱いはどうなるのかということでございますけれども、今の整理があくまで子ども・子育ての新制度に移行するものを対象として書かれておりますので、移行しない幼稚園についてはこの形では対象になっていないということでございます。しかしながら、これは法的な位置づけによって事故情報を集約する必要性でありましたり、再発防止に生かしていく必要性というのは同じような状況にあるというふうに思っておりますので、これについて文科省としても検討を進めていく必要があるのだろうというふうに思っているところでございます。

御紹介させていただいたかどうかわかりませんが、私どもでは、今年度から新しい取り組みとして学校事故対応のあり方に関する調査研究ということで、同じような重大

事故が起こったときにどのように対応すべきかといったようなことを有識者を交えて検討いただいております。私どもはその事務局を預かっている立場でもございますので、ここでの議論いただいているところも参考にさせていただきながら、小・中・高等学校と並べて幼稚園における対応のあり方について検討してまいりたいと考えているところでございます。

前田座長 どうぞ。

宗林消費者安全課長 消費者庁でございます。

国へということで、今のお話ですと3府省さん、あるいは消費者庁にばらばらに同じものがいくというような御負担がかかるような感じのイメージだと思いますが、後ほど3府省さんとも相談させていただきたいと思いますが、今、例えば2つの収集の仕方を消費者庁はしておりまして、食中毒などの場合は、各自治体が厚生労働省に出したものを毎日デイリーで厚生労働省さんからいただくという形のルートも事案事案で決めているものがございますので、今のところは、決めたもの以外は自治体からいただくというふうになっていきますので、現時点では自治体からということでございますが、例えば火災とか食中毒の決まった事例のように、上に上げたものをそこからいただくというやり方もほかの事例ではございますので、3府省さんと後で相談させていただくとよろしいかなと。きょう、皆さん方からお話が出ましたので、検討のお時間をいただければと思います。

長田参事官 それから、私からもう1点でございます。

栗並委員から御指摘をいただきました指導監督の件でございます。これも具体的にどういった形で対応するかという議論は、それはそれで非常に大きな難しい課題だとは思いますが、私どものそもそもの論点として指導監督ということをも明記させていただいているわけでございますので、そこについてきょうの御指摘の点についての論点として書くということについては、しかるべく対応させていただくのが適当だろうというふうに事務局としては考えております。

前田座長 座長の私から消費者庁の方に質問なのですが、資料3の6ページで、先ほど私が聞き漏らしたかもしれないのですが、神奈川県内の幼稚園におけるプール事故においては、消費者庁の事故調査委員会が入られて調査なされたというふうに解釈しました。それで、文部科学省、内閣府及び厚生労働省に事故防止提起の提出をなされたということですね。私たちは今、再発事故防止をどういうふうにしていくかということで、現状を把握する、状況を把握して事故防止のための再発防止策をとろう、そして、検証委員会もどうしていくか、ということも今後話し合うべき方向になっているのです。消費者庁は、どういうルートで幼稚園の事故の報告が上がり、消費者庁みずからが事故調査をなされたのでしょうか。その辺が私もよくわからないところがあるのです。

宗林消費者安全課長 消費者安全調査委員会というのが消費者庁の中に置かれた審議会、8条委員会としてございます。事務局は消費者安全課でございます。ここは、先ほども言いましたけれども、責任がどこかということではなくて、再発防止のために何があればい

いのかということを出していきという機能を持ってご
います。

この委員会ですけれども、何を着手するのかということにつきましては、2つのルートがございまして、1つは、申出というものがございまして、これは、何人でも申出ができるということでございますので、別に被害者の家族とかというのに限定されたわけではございませんが、そういうようなルートで申し出があった場合に、もちろん8条委員会でするので、委員会の中でそれを選定する要素として、例えば公共性があったり、要配慮者、子どもの事故であったり、あるいはほかにも多発しているようないろいろなことを考慮しまして着手するものを決めてまいるわけですが、そういったものの要件にはまれば、その申出のものの中から選ぶということもありますし、それから、もう一つのルートとしまして、消費者安全課に集まります消費者安全法に基づく事故情報、医療機関ネットワークのものもございまして、たくさん入ってまいりますので、それを毎日点検する中で、先ほどちょっと御紹介させていただきましたように、家庭内で子どもが大人の医薬品を飲んでしまったことによって、特に眠剤とか安定剤とかが多いのですが、症状が出て入院加療になったものが大変多く発生しているというようなことにつきまして、家庭内であっても何かするべきというようなことで、今、やっているわけですが、そういった消費者安全課に入ってくる事故情報から、かなりの数があるようなもので着手に値するだろうというものと、先ほど言いました申し出によるものと2つのルートから入ってくるものを安全委員会のほうで検討しまして、要件から検討した上で着手するというような流れでございます。

ですから、そんなにたくさんのものでございませぬが、プール事故の場合は、毎年何か所かで起こっており、また、死亡事故、割とわずかな時間で命を落とされているケースも多くございましたので、この場合は着手をするということを決めまして、もう報告書も出てございます。

以上です。

前田座長 どうぞ。

栗並委員 今、神奈川県のパール事故についてお話がありましたので、念のためということで私は申し上げますが、消費者安全委員会による検証と、この検討会で検討している検証の一番大きな違いというのは、消費者安全委員会の検証に関しては、消費者安全法の28条のところで、「必要があると認めるときは、事故等原因調査等を行わなければならない」とあるので、「必要があると認めるときは」に限られるのです。なので、この検討会に関しては、重大事故の、骨折についてはまた範囲を検討しますということで先送りにはなっているのですけれども、基本的に死亡などの場合に関しては必要があると認めるとかではなくて、全件が検証の対象になるのだということは確認をしておく必要があると思
います。

それから、もう1点ですが、先ほど文科省の方から、新制度に移行しない私立幼稚園に

関しては報告の対象になるのかどうかというところで、新制度の枠組みでないものについては対象にならないけれども検討していくというお話でしたが、そこが厚労省とスタンスが大きく違うなと感じました。厚労省のほうでは、届出対象外のものも全部含めて報告対象とするということで、私は、この中間取りまとめを見て、子どもの死亡、預かり先で子どもが亡くなったというケースに関しては、漏れなくこの制度の対象になるのだということで考えていたのですけれども、私立幼稚園に関してはまだ未定の状況だということでしたので、ここに関しては、厚労省のほうでは新制度には移行しないものも報告対象にしていくということで明らかになっているので、私立幼稚園に関しても当然対象にしていくべきだと考えますので、そこは検討を前向きにお願いしたいと思います。

前田座長 どうぞ。

山中委員 ひとつよく理解できないのですが、消費者委員会からの建議、なぜ消費者委員会は現時点でこのようなものを出したのか、その理由は何でしょうか。それがよくわからないのです。というのは、教育・保育施設等に関する事故情報だけではなくて、学校管理下の事故だって同じことがたくさん起こっていますよね。それなのに、なぜ保育だけに言及しているのか。それから、消費者庁は一元化、一元化とおっしゃっているけれども、今回検討している重症事故を3府省が集め、また消費者庁も集めたら、どこで一元化するのでしょうか。一元化というと聞こえはいいのですけれども、内容がよくわからない。

ちょっと茫漠とした質問で申しわけないのですけれども、何で消費者委員会がこういう建議を出したのか。それから、一元化に関して、例えば保育事故の重症事故が上がってきたときに、どこがセンターになるのかが今日のお話を伺っていてわからないのです。よろしくをお願いします。

宗林消費者安全課長 消費者委員会のほうはわからないのですが、一元化のほうについては、山中先生、御指摘の点も理解いたしますが、今のように消費者事故が消費者庁に集まってきて、先ほどの表を見ていただくとわかるのですが、実は消費者サイドからもうこのほうには入ってくるチャンネルがかなり多くありまして、毎年1万5,000件ぐらい消費者事故として、こういうようなことがあったのだというような訴えを苦情の中で生命身体事案というのが入ってまいります。それから、医療機関だったり、あるいは事業者だったりということがありますので、行政サイドから入る情報だけではなくて、いろいろな側面から入ってくるものを横串を刺してみても毎日点検をしていますと、医療機関にはこういったものが入っている、こちらではないからというふうに端緒情報として双方を見比べたときに、これは早く気づかなければならないということが最近発見することも多いと思っておりますので、このテーマに関してだけのものでなくて、全体として事故情報をいろいろな側面から見るという意味での一元化ということでございます。

今回のテーマのものに関しましては、事故の情報が、先ほどの消費者委員会のほうで建議としてかなり御指摘を受けたように、件数がほとんど入っておりませんでしたので厳しく御指摘を受けたのかというふうに考えております。

山中委員 来た情報は消費者庁が分析されるのですか、それとも、今回の場合は3府省がするのですか。例えば、今後、情報が来ますよね。一元化で件数だけは3府省に来るものと消費者庁に来るものと同じになるとすると、分析なり、その先はどこがされるのでしょうか。3府省がやるのだったら、消費者庁は何のために、同じ事故を集めなければいけないのか私には理解できないのです。

朝川保育課長 現状、検証まで3府省の体制がうまくいっていない、そこまで到達していないという状況下で考えるのと、来年、年明けて検証の仕組みも3府省側で構築していくという前提で考えるのと状況が異なってくると思いますけれども、今、一義的に我々が資料1で議論していますのは、上がってきた情報については3府省側で全体の検証をしていく、それをまずやっていきましょうということを議論しているつもりです。

したがって、消費者庁さんが3府省の状況を見てどう思われるかというところにその後はなってくるのだと思いますが、付加してもう少し消費者庁としての目から見て何かプラスアルファでやるのであれば当然やられるでしょうし、3府省の対応がそれなりのものであると消費者庁側から見てそう思われれば、多分3府省のほうの検証でよしということになっているのではないかと、そういう関係ではないかと思えます。

前田座長 どうぞ。

宗林消費者安全課長 検証とかその辺がどういう形でされるのかイメージがはっきりわからないのであれかもしれませんが、私たち消費者庁は、やはり消費者の皆様方に割と近くお伝えするという、こういう事故がありました、こんなわずかな時間でもこういうことがありましたよということをまずは素早く消費者の皆様方に伝えるというミッションと申しますか、そういう位置づけ、消費者行政としての消費者側のサイドに立つというようなミッションがあると思えます。ですから、その後、どういうふうにしっかりそれをやっていくのか、うちにも事故調査委員会がありますけれども、対応策というよりも、より素早く消費者の皆様方に状況をお伝えし、その中で注意を喚起していく、消費者側が注意を喚起するものばかりではないかもしれませんが、そういうものもかなりありますので、そういう点にある程度絞って消費者の皆様方にはまずは注意喚起をしていくという機能は、ほかの省庁とは違ってあるかと思っております。

大路学校健康教育課長 先ほど、栗並委員から御指摘がありました、幼稚園で移行するものとしらないものとで差が出てくるのはどうかという御指摘はごもっともなところかというふうに思います。

先ほどの説明の中で十分説明し切れなかった部分があると思うのですが、移行しない幼稚園については、小学校、中学校、高等学校並びで学校保健安全法という法律に基づいて事故の予防でありましたり、事後対策についての対応がなされているという枠組みになってございます。

したがって、移行しない幼稚園について、子ども・子育ての新制度並びで事後対応を考えるのか、小学校、中学校、高等学校並びで考えるのかというのは検討の余地があるとい

うふうに思っておりますので、その辺、どちらがいいのかという点も含めて検討させていただきたいと思います。

前田座長 伊澤委員。

伊澤委員 先ほど、消費者庁の課長さんのお話があったのですが、我々からすると、いろいろな省庁・機関がけがとか事故のいろいろな視点で集約をしている。それが一本化されていないのではないかという点が1点と、実際、いろいろなところから注意喚起をいただいているのだと思うのですけれども、それが場所によって広く行き渡っているのかどうかという、結局、知っている人は知っているけれども知らない人は知らないみたいな話になっている部分があって、その辺のシステムが一本化し切れていないのではないかという気がいたします。

ぜひ今後、事故予防と検証という立場においては、たくさんのデータがいろいろなところに集められていると思いますので、そういったものが集約できて、なおかつ、それに対しての検証がされると、現場は、同じことを繰り返さないという話になるわけです。ぜひその辺をお願いしたいと思います。

あと、保育士養成の部分で、直接保育に当たる保育士とすると、養成課程の中で、過去にはたしか小児保健という科目があったと思うのですけれども、現状はいろいろな科目の中の見直し等の中で小児保健という科目はなくなったような記憶があるのですけれども、もしあったらごめんなさい。もしそうだとすると、事故予防という意味で現場に入ってから先輩とか研修であるとかで身につけていくという意味合いも確かにあるのですが、養成課程の中においても、そういった視点がもしなくなったとするならば、小児保健という部分では、赤ちゃんの対応とか、おむつ交換とか授乳の仕方とか、そういった部分以外にけがとか事故にかかわる事案も知っているとは知らないとは大きな差があるのではないかと思います。

あと、先ほど現場での委員会等の話をさせていただきましたけれども、リスクマネジャー的な意味合いでの人間を現場に置いて、その人間が事故予防の注意喚起の中核となって予防策にかかわる必要があるのではないかと思います。1回目の委員会で話をさせていただきましたけれども、現場は小さなヒヤリ・ハットを潰していかなければいけない部分がありますので、ヒヤリ・ハットを潰しながら重大事故につながらないような形にするにはどうしたらいいかということのをいつも考えていかなければいけないと思っております。

以上です。

前田座長 ありがとうございます。

櫻井委員、どうぞ。

櫻井委員 私も中間取りまとめには基本的には賛成です。前回少しお話しさせていただきましたけれども、私たちの町では、医療機関を受診したときに町のほうに報告するという体制にはなっております。しかし、自治体の大きさによっては、それがすごく煩雑になっているという部分もありますので、30日という期間、それから、先ほどからの意識不明

の事故等をきちんと明記することについては賛成していきたいというふうに思います。

しかしながら、新制度では各自治体に指導監督責任が課されるということなので、やはり自治体としてもこれからいろいろな事故があったときに調査をするための力を持っていなければいけません。1日の事故でも、30日の事故でも、そこは保育所と連携をしながら、きちんといろいろな事故に向き合うという体制が必要なのだろうと思います。

もちろん、私たちの町ではリスクマネージャー、安全委員会も設置はしておりますけれども、町としての力を持たなければいけないので、今後、その辺りについては検討していかなければいけないと思います。

それから、30日以上が重大事故の報告ということにはなりますけれども、それ以下の部分については、自治体がそれぞれ裁量で安全対策に力を入れていかなければいけないと思いました。

次に、事故の報告様式についてですけれども、どうしても1枚にまとめなければいけないということなのかと思っていました。現場の方々がこれを書くのは、とても混乱するのです。例えば、症状、死因等、それから、発生状況と時間に分けて記入するようになっておりますけれども、事務屋が書くのであればあっという間に書くのですけれども、現場の保育士が書くというのはすごく難しいので、もう少し細かく分けてもいいのではないかと考えていました。

例えば、病状、死因等については、けがの場所であったり、原因であったり、そういうふうな部分を書くのもいいのではないかと。それから、発生場所についても、もう少し詳細に書けるように、発生場所も1行で書くようになっておりますけれども、これが園内なのか、園外なのか、場所などももう少し詳しく書けるように様式ができるといいと思っておりました。

それから、前回、資料として私どもの町で実際に使っている報告の様式を添付させていただいたのですけれども、かなり詳細に書いてもらうようにしております。両面で、時間を追って、それから、病院での経過についても書けるように様式はつくったのですけれども、なかなか全てを網羅するというのは難しいと思いますが、別紙1については、余りにも簡単に書くということは難しいかと思っていました。

それから、次のページのデータベースの掲載用ですけれども、これの分析のところも、例えばマニュアル面はどうだったのか、研修面はどうだったのか、職員配置等についてはどうだったのかというふうな形でもう少し分けて分析をしてもらえそうな様式をつくっていただければ、現場のほうではスムーズに書けるのかと思っておりました。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

皆さん、何かございますか。

もしよければ、医療の事故の軽症のものも取り上げておられる利府町では認可保育園は幾つおありでしたか。

櫻井委員 認可は8つです。

前田座長 8つでおやりになっているのですね。三鷹市の場合は、重大事故以外はこういうふうに医療の情報を預かっておられるかということをお説明いただければ、現実には何が起きているかということが、皆さんの理解も進むと思いますので、よろしく願います。

田中信子委員 三鷹市の場合は、公立保育園は19園ありまして、公立保育園は毎月受診した数は、どういう事故でどこに受診したかというのは報告があります。私立保育園につきましては、30日以上のご事故の報告が市に来て、市から都に上げるというふうになっています。

三鷹市の場合は、公立が19園ありまして、私立と合わせまして33園あります。受診した数は、公立のほうは25年度141件あったのです。1園当たり7件ぐらい1年間に受診があるというふうにあります。これを私立も含め、また、新制度に入った幼稚園も、三鷹市の場合は子ども育成課のほうで管轄となっておりますので、そこも含めるとなるとすごい数になるなというところでの煩雑さがあるというふうに感じて、先ほども意見を述べさせていただきました。

前田座長 監査のときとかは、医療の内容は確認するのですか。

田中信子委員 それで、あと、東京都の指導検査がありますので、それには市も一緒に立ち合わせていただいて、そのときに、前回は述べさせていただいたのですけれども、事故簿を見させていただいていますので、その中でどういう事故が起きたのかとか、同じような事故が続いているなというようなときは、そのところもどうしてなのかというのを園長にヒアリングしたりというところがありますので、小さい事故を挙げていなかったから漏れていってしまうというようなことはないかと思っています。

認証保育園につきましても、東京都の認証なのですけれども、監査のときは三鷹市も立ち会いに行きますし、同じように事故簿も見させていただいたり、保育環境もそこで見てまいりますので、ちょっと注意したほうがいいなというようなときは、その場でお話しさせていただいたりということもしています。

前田座長 ありがとうございます。

櫻井委員 利府町では、認可保育所が8か所、町立が1か所で、7つが民間になっています。ということで、町立は1か所しかありません。町の子どもたちはほとんど民間の保育所に預けているというふうな体制になっていますので、町がある程度、町立、私立を問わずに全てを管轄しようということで、私の町は実施をしているわけです。

それで、医療機関に受診したら必ずということで、今、報告はいただいております。きょうの資料にはついていないのですけれども、前回の資料のところには報告様式のほかにチェックリストというのがありまして、町に一報するときにはきちんと報告ができるように、現場の担当職員にチェックリストを書いていただいて、それに合わせて保護者に報告する、それから、町のほうに報告するというふうな体制になっております。

そして、前回もお話しいたしましたけれども、利府町では安全委員会というものを設置しております、保育所長と主任には必ずその会議に出席をしていただきまして、報告した内容について集計・分析し、未然対策に努めているという状況になっております。

以上でございます。

前田座長 ありがとうございます。

長田参事官 先ほど来御指摘をいただいている主体としての国でございますとか、一元的な対応ということについてでございますけれども、当然ながら、今、まさに議論をいただいている内容というのは、この制度あるいは事業を所管しております私ども3府省が、まずは一義的なしっかりと責任を持っていくということなのだろうというふうに思いますし、今後具体的にそれをどういった形で、どういったルートでどういった集約をしていくかということに関しましては、もう少し整理のお時間をいただきたいと思いますのですが、最終的には何がしか一元的にどこかで見れるという意味では、やはり私ども内閣府がその責を負うのであろうというふうに思っております。

その上で、消費者庁さんとの関係で言えば、目的は重なり合う部分はございますけれども、消費者安全法という法律に基づく目的に従ってアプローチをされるという部分がございまして、事業者あるいは自治体との関係において、それが効率的でないというか、御負担にならない形での整合性というものはいろいろ御相談をしながら対応させていただきつつ、ただ、趣旨、目的に関しても100%一致をすることでもないでしょうから、それぞれの目的に従って、いい意味で情報発信も含めて重ね合っていくという部分も必要なのかなというふうに思っております。そのあたりについては課題として受けとめさせていただければというふうに思います。

それから、事故の様式の関係でさまざまいただきました。ここにつきましては、また事務局なり、座長ともよく御相談をさせていただきまして整理をさせていただければと思いますが、正確といいますか、きちんとした情報整理をしていただくということと、速報性とのバランスということは当然あるのかなというふうに思ひまして、例えばですけれども、もともと第1報と第2報についての情報の色分けをしておりますが、第1報についても取り急ぎというところでこれを全て100%埋めないといけないということではなくて、例えばできる限りというようなことにするとか、そういったことのある程度柔軟・機動的に対応できるような整理というものも考えてみたいと思います。

前田座長 どうもありがとうございました。

そろそろ時間も終わりに近づいてまいりましたが、最後、皆さん、何か一言言っておきたいという委員の方はおられませんでしょうか。よろしいですか。

小原さん、どうぞ。

小原委員 最後に申し上げたいことは、先ほど法的根拠があるとかないとか、管轄の問題、例えば報告が都道府県にするものと市町村にするものと分かれていたりということがあるのですけれども、やはり同じ地域に住む子どもがどこに受け入れてもらうかで、事故

が起きたとき、それ以外もそうなのですから、対応が余りにも違うということはないようにしていただきたいというのが保護者の思いだと思います。

そういう意味では、スポーツ振興センターの件も含め、差が生じないようにもうちょっと全体的に考えていただければと思います。

前田座長 ありがとうございます。

委員の皆様方、いろいろな御意見をいただき、ありがとうございました。

事務局からはもうよろしいですか。何かございますでしょうか。

本日いただきました御意見、さまざまいただきましてありがとうございます。先ほども申し上げましたとおり、今回まで一通りの、一定ですけれども取りまとめを行う必要がございます。いただきました御意見を踏まえまして、最終的な取りまとめは座長の私に御一任いただければと考えておりますが、いかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

前田座長 また、本検討会は年明け以降、いよいよ事故予防のためのガイドラインや事後的な検証のあり方についての整理など、引き続き検討を進めてまいりますので、そのときにまた中間取りまとめの内容について見直しが必要ということであれば、適宜見直しを行っていく予定ですので、御理解いただければと思います。

中島審議官 内閣府の少子化対策審議官でございます。

3回にわたりまして経験に基づいた熱心な御討議をいただきまして、大変ありがとうございます。冒頭、私どもの長田のほうから申し上げましたように、子育てを取り巻く状況は波風がちょっと高くなってきそうではございますけれども、私どもの少子化担当大臣が先週末申し上げたとおり、この新制度は来年4月から実施させていただくということでございますので、この新制度が着実に、また、円滑に実施できるように、今後、必要な財源をしっかりと確保していくことというのは我々に課された大きな役割かと思っております。

そうした中で、本日、中間取りまとめをいただきました、この保育事故のあり方についての中間取りまとめの内容をしっかりと組み込んで、着実に実施させていただきたいと思っております。

また、引き続き課題となっておりますけれども、事故防止のガイドラインの話、それから、事後検証のあり方、また、施設・事業者等に対する指導監督のあり方等々、まだ残された課題もございます。これにつきましては年明け以降、また皆様、先生方のお知恵をおかりしながらしっかり検討し、また、着実に取りまとめたものを実施していきたいと思っておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

ありがとうございます。

長田参事官 それでは、最後に私のほうから今後の段取り等につきまして御説明申し上げたいと思います。

まず、ただいま委員の皆様方から中間取りまとめにつきまして、前田座長に御一任についての御了承をいただきましたので、本日いただいた御意見を踏まえまして、早急に座長

と御相談をして、必要な範囲での修正等、対応させていただければと思っております。

もともと検討会の論点といいますのは、私ども内閣府に設置をされております子ども・子育て会議での議論を踏まえて、その論点を深掘りすべく検討会の皆様に御検討をお願いしたという経過がございます。次回、子ども・子育て会議は11月28日に開催を予定しておりますので、できればその会議の際に、いただきました中間取りまとめの御報告をさせていただければと思っておりますので、若干タイトなスケジュールではございますが、それに間に合うべく再整理をいたしまして、もちろん会議に報告をする前の段階で各委員の皆様方にはその修正の内容についてお届けをさせていただきたいというふうに思っております。

また、年明け以降の論点の議論につきましては、一方で目前に迫った子ども・子育て支援新制度の施行本体の対応ということもございます。そのあたりのスケジュールの兼ね合いなども見ながら、また日程についての御相談をさせていただければと思います。追って案内ということになるかと思いますが、引き続きよろしく願いいたします。

前田座長 委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、どうもありがとうございました。

今、事務局からお話がありましたように、年明け以降の日程につきましては、また連絡調整の上、御連絡させていただきます。

それから、中間取りまとめの報告に関しましては、11月28日の子育て会議に出す前の段階で改めまして皆様にも御報告させていただきます。

また、年明け後は、事故情報の分析、フィードバックのあり方、再発防止のための事後的な検証のあり方について検討を引き続き進めてまいりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日は、ありがとうございました。