

このような結果からもいえることは、3（4）ならびに（5）③で指摘したように、混合保育の実施に伴い、集団の編成や保育の実際において十分な配慮と丁寧な準備が関係者相互の間で行われているかが重要な問題であると考えます。

【資料7】愛知県内の0、1、2歳児の保育形態

愛知県所管市町村（政令指定都市・中核市を除く。）

通常保育（延長保育を除く。）の実施形態	混合保育の実施形態	実施か所数		
		公立	私立	合計
全ての保育時間※にわたって、0歳児、1歳児、2歳児、それぞれクラス別保育 ※ 課業・あそび・さんぽ、給食、おやつ時間が該当しますが、午睡の時間は除く。 【360か所、49.05%】		276 (48.34%)	84 (51.54%)	360 (49.05%)
上記のとおり、クラス別保育であるが、給食、おやつ時間のみに限って、0歳児、1歳児、2歳児の混合保育 【合計57か所、7.76%】	3歳未満児全ての混合保育	6 (1.05%)	1 (0.61%)	7 (0.95%)
	1歳児、2歳児の混合保育（0歳児だけ別クラス）	2 (0.35%)	3 (1.84%)	5 (0.68%)
	0歳児、1歳児の混合保育（2歳児だけ別クラス）	32 (5.60%)	11 (6.75%)	43 (5.86%)
	園児の発育・発達を考慮した混合保育（年齢区分は関係なし）	1 (0.18%)	1 (0.61%)	2 (0.27%)
全ての保育時間※にわたって、0歳児、1歳児、2歳児の混合保育 ※ 課業・あそび・さんぽ、給食、おやつ時間が該当しますが、午睡の時間は除く。 【合計317か所、43.19%】	3歳未満児全ての混合保育	59 (10.33%)	9 (5.52%)	68 (9.27%)
	1歳児、2歳児の混合保育（0歳児だけ別クラス）	47 (8.23%)	6 (3.68%)	53 (7.22%)
	0歳児、1歳児の混合保育（2歳児だけ別クラス）	135 (23.64%)	40 (24.54%)	175 (23.84%)
	園児の発育・発達を考慮した混合保育（年齢区分は関係なし）	13 (2.28%)	8 (4.91%)	21 (2.86%)
実施か所数の合計		571 (100%)	163 (100%)	734 (100%)

（2）愛知県内の保育所における児童福祉施設最低基準の適用状況

委員会は、愛知県内の保育所の0、1歳児の保育室（乳児室・ほふく室）の児童1人あたりの面積の実際について検証する必要があると判断し、県の調査結果の報告を求めましたが、その内容を示しておきたいと考えます。

愛知県が所管する保育所は平成24年4月1日現在734施設ですが、0、1歳児の乳児室の1人あたりの面積の状況は下表のとおりとなっています。調査結果からは、国の定める児童福祉施設最低基準では、前掲のとおり乳児室の1人あたり面積を1.65㎡以上としています。愛知県の実態としては、93%以上の保育所で3.3㎡以上の面積が確保されているという状況が示されています。

	0、1歳未満児1人あたり3.3㎡以上確保されている保育所の割合
平成24年4月1日現在	全体の9割3分以上

委員会においてこの結果を報告した県委員は、委員の質問に応じて次のように述べています。

『もうずっとこれまでの指導の積み重ねでございまして、乳児室の1.65㎡であっても、できるだけ広くとるようにということは、国の最低基準を超えては、県としても市町村にそれ以上なかなか。・・・実際にどのように施設整備のときに指導してきたかというところを最低基準は1.65㎡以上ですが、保育環境の充実という面からできるだけ広くとるように、ほふくする場所

も必要というように、指導を行ってきた結果です。』

県委員は、保育の実施主体である市町村が、待機児童対策から 1.65 m²の面積基準を適用している保育所が 7%あったという事実をふまえつつ、「残りの 7%につきましても、個別にいろいろと、それぞれに市町村を通じて話し合いをしている中では、いろいろな形での対応ができそうだという目処も立ちました。」と述べています。

委員会としては、愛知県内の保育所における児童福祉施設最低基準の適用状況の実際を以上のように確認し、課題の検証を進めてきました。

(3) 園ならびに市の事故後の対応の問題

事故後における園としての事故の検証が不十分であったことが、事故の要因等の客観的な検証を困難にしていることは、これまでの指摘を通して明らかといえますが、委員会の聞き取り調査において、園長は次のように園の対応の「不備」について述べています。

『今にして思えば、事故が起こったすぐの段階でもって、きちんと事実を把握するというんですか、自主的に事故調査委員会みたいなやつを設けて把握をしていれば、保護者の方にこんな不信任感を抱かせるようなこともなかったでしょうし、もっときちんと事実というのが確実になっていたんですけども、それがなかったというのは検証としては、私たちが不備であったというふうに思っています。』

保育の実施責任を負っている市の委託を受けて保育を実施している園の対応におけるこのような「不備」は、「保育事故」にかかわる園運営の問題として指摘しておきたいと考えます。

事故後の対応の問題は、保育の実施責任を負っている市としても検証すべき問題であるといえます。市としては、園の当事者としての事故の検証、これ自体がすぐ遅れたということに対して、指導上の問題があるといえますが、その点に関して、委員会での質問に答えて、次のように市の担当者は述べています。

『私どもとしても経験したことのない事例が発生したということで、事故に対するマニュアル等も何もない中で手探りでどうしたらいいかということで考えながらやっていたということで、迅速な行動が行えなかったというのは、全くの事実でございます。』

事故が金曜日に発生して、月曜日に職員が出向いて、現場で事情聴取しているわけなんですけど、この時点では、・・・私どもでは、特に保育の経過として大きな問題はないということで聞き取りを終えてきたというような状況であります。後日、ご遺族の事情聴取を聞く中で、適正な見守りがされていなかったのかもしれないというようなご報告を受けまして、ほんとうに、遅ればせながら、その後に再度、事情聴取をさせていただいたというふうなことであります。』

市から県への事故の報告が、事故発生から 7 日後であったことにも、市の対応が責任ある対応としては適確性を欠いていたことが示されています。

第三者委員会の設置に関しても、県の協力の下に市に置くという結論に至るまでに長期間を要しています。市は県とも連携して早い段階から事故の検証を行う体制を整える必要があったと考えます。

委員会は、今回の「保育事故」をめぐる園と市の対応には、結果として、事態を正確に把握することを困難にする大きな問題があったと考えますが、園運営の責任ある当事者である園と市の対応がどうあるべきか、県の役割も含めて今回の対応から導き出すべき課題は多いと考えます。

(4) 保育士に求められる専門的知識・技術における嚥下にかかわる「保育事故」の位置づけ

嚥下という日常的でありながら直接命にかかわる子どもの食を支える行為とそれに付随する危険性については、これまで保育現場においてあまり意識されてこなかったということが、聞き取り調査や委員会での意見交換を通して問題として認識されてきました。

保育士資格を取得する際に学ぶ内容として、今回の事故とかかわる内容を含む授業科目としては、「小児保健」「小児栄養」「乳児保育」などの科目が該当しますが、今回の事故当時に使用されていた代表的なテキストである全国社会福祉協議会から出版されている「小児保健」のテキストでは、次のような記述となっています。

「小児の事故の特徴」としては、次のように指摘しています。

『ここでは、小児の事故の種類を、小児の運動発達との関連で検討することとしたい・・・乳児期後半から1～2歳における事物への関心の深まりは、誤飲・誤嚥事故へと発展する。』

このような認識を示した上で、事故の発生に関して、「誤飲」を特に位置づけて、次のように指摘しています。

『低年齢の乳幼児は、誤飲の頻度が高い。乳児は手に取ったものを何でも口の中にもっていく習慣があり、機械的な窒息の原因となりうる。乳児の手の届くところに小さなものを置かない注意が大切である。また、口の中に何か入っていたら、周囲の者が可能な範囲で口から取り出すことが必要である』

テキストは、乳幼児の事故に関するこのような認識をふまえて、「事故の心身の被害と救急処置」の中のひとつとして「誤飲」を位置づけ、次のように具体的に課題を指摘しています。

『誤飲・・・特に頻度の高いたばこは、乳児が3分の1本、食べて吸収すると致死量になる。通常の誤飲では吐き出すので死亡しないが、たばこの誤飲は見つけしだい吐かせた後、病院を受診し・・・処置を行う。頻度は低いがボタン電池は特に危険である。飲み込んで数日たつと周りの金属が溶けて内容がしみ出し、消化器を破り難治性の腹膜炎を起こすからである。したがって誤飲した際は、至急、医学的管理が必要である。』（改訂・保育士養成講座編集委員会編「小児保健」全国社会福祉協議会出版部、2005年）

事故当時における保育士養成にかかわる代表的なテキストの以上の記述からは、「誤飲・誤嚥」の事故の危険性については、一般的には指摘されているものの、実際の記述は、「誤飲」の危険性に焦点が置かれており、「誤嚥」・・・食の安全と食物の嚥下にもなる事故に対する認識や位置づけは弱いという結果を読み取ることができます。

保育所保育指針の改正が平成21年4月から施行され、それを受けて改正された現在の保育士養成課程では、従来の「小児保健」は「子どもの保健」と科目名称が変更されていますが、そのテキストの新版が「子どもの保健」として上記全国社会福祉協議会から平成24年12月に出版されています。そこでは、食物の嚥下にもなる事故の危険性についての認識が明確に示されており、次のように指摘しています。

『集団保育中の事故発生状況について、・・・その内容としては、異物や食べ物を飲み込むときの窒息事故が最も多く発生している。異物には注意が払っても食べ物の形態や食事の状況などに起因する窒息については、無防備になりやすい。保育者は、食事環境や食事の勧め方、食べ物の大きさや硬さと子どものそしゃく力の発達の個人差などのようすを把握しながら介助していくことが必要であろう。』（新保育士養成講座編集委員会編「子どもの保健」全国社会福祉協議会

出版部、2012年)

また、「救急処置および救急蘇生法の修得」の課題の中に「気道異物除去」が位置づけられ、「乳児（1歳未満）に対する気道異物除去」として、背部叩打法、胸部突き上げ法、「小児（1歳以上8歳未満）に対する気道異物除去」としてハイムリック（Heimlich）法を提示しています。

新版「子どもの保健」では、「傷病に対する応急手当（外傷以外）」の事例の中に、「誤飲」とともに「誤嚥」が加えられ、次のように指摘しています。

『誤飲は、食物以外の物を誤って飲み込んでしまうことをいう。誤飲の疑いがある場合は、すぐに口の中を確認し、異物を指で取り除く。驚かせてしまうと、はずみで気道に入る恐れがあるため、そっと声をかけるなど配慮する。・・・突然始まった咳、長期間にわたる咳などがあれば、誤嚥を疑い、医療機関を受診する。3～4歳未満児は臼歯が生え揃っておらず噛み砕けない、また誤嚥時の咳嗽反射も弱い。このような特性があるため、豆類等は与えない。』（同上）

新版「子どもの保健」では、食物の嚥下にもなう事故の危険性についての認識と事故に対する応急ならびに救急の対処法が示されており、事故当時のテキストの内容と比較した場合、改善が見られています。

委員会での保育現場の実情に詳しい委員の次のような発言にも、保育士の専門的な知識・技術に関連して、「嚥下」とそれにかかわる「誤嚥」についての現場の認識のこの間の問題の一端が示されているといえます。

『やっぱり保育現場にも、ほんとうに、圧倒的に知識が足りないということはありますね、現場に。それで、・・・見守り体制にしても何にしても、・・・食べるという行為は結構命がけの行為なんだという・・・それだけの認識が保育現場にあるかというとなかなか難しいところで、それは（その問題を提起することは）、この委員会の大事な役目かなというふうにすごく感じているところです。』

今回の「事故」の背景的要因のひとつとして、保育士養成段階ならびに保育現場におけるこのような専門的な知識・技術の一般的な状況があることを指摘しておきたいと考えます。

委員会は、保育士の専門的な知識・技術として、「保育事故」における、食の安全、「嚥下」にかかわる事故（「誤嚥」）についての認識が、その課題の重要性（重大性）に見合う形で、高められる必要性があると考えます。

Ⅲ 「保育事故」の再発防止に向けての提言

1 嚥下にもなう「保育事故」等についての保育士の専門的知識・技術の向上

(1) 資格取得・養成段階の課題

提言1-1

養成教育の全体を通じて、「健康と安全」に関する課題の重要性と、「食育の推進」がその課題の中に位置づけられていることをふまえ、「乳児保育」、「子どもの保健」、「子どもの食と栄養」などの講義や実習などを通じて、嚥下にもなう事故の危険性についての理解を促進するとともに、養成教育の段階においても、救命救急の実技をともなう講習等の実施の必要性についての理解を広げ、高めること。

(2) 現職教育段階における研修の課題

提言1-2

保育の安全、嚥下にもなう事故の危険性を含む保育における事故およびその防止、救命救急の実技をともなう講習などを現職段階の研修として体系的に実施するとともに、救命救急の講習は、保育所ベースで、年に1回は実施することを課題として推進すること。

保育所保育指針（平成21年4月施行）では第5章で「健康と安全」を課題とし、その中で、「食育の推進」を重要なひとつの柱として位置づけ、「食育の計画」の作成、その評価と改善を課題として提議しています。厚生労働省編「保育所保育指針解説書」は、その計画作成に関連して、「食事の提供の留意点」として、次のような課題を提示しています。

「入所前の成育歴や入所後の記録などから、子どもの発育・発達状態・健康状態・栄養状態・生活状況などを把握し、それぞれに応じた必要な栄養量が確保できるよう留意する。また、子どもの咀嚼や嚥下機能等の発達に応じて食品の種類、量、大きさ、固さ、食具等を配慮し、食にかかわる体験が広がるよう工夫する。」

「嚥下」にもなう危険性についての直接的な言及はありませんが、「食育の推進」の中にその問題も課題として位置づけ、嚥下にもなう「保育事故」等を起こさないための保育士の専門的知識・技術の向上を、養成教育と現職教育のそれぞれの段階において、課題として明確に位置づけ、必要な取り組みを推進することを提言したいと考えます。

2 「保育事故」の防止にかかわる保育所運営の課題

(1) 保育所運営の責任主体としての意識の確立：事故の主体的検証の必要性

提言2-1

- ① 事故が起きた場合には、その経過を早期に把握すること（主体的検証の実施）。
- ② 特定の記録者が管理すること（責任の明確化）。
- ③ 時系列で分かるように整理すること（わかりやすさ）。
- ④ 記憶が鮮明なうちにその都度作成すること。緊急の場合にはICレコーダーを使用するなどの工夫をすること（真実性の確保、証拠保全）。

- ⑤ 事実経過の確定にあたっては、できる限り複数の情報源を元に確定すること（真実性の確保）。
- ⑥ 主体的な検証組織をもって検証すること。
- ⑦ 行政（保育の実施者である市町村）に速やかに報告し、行政側の検証と連動すること。

事故の検証が組織的に行われておらず、ご遺族の聞き取り調査を契機として、事故前後の保育の実際の事実関係が明らかにされてきたという経緯の中に、保育所運営の責任主体としての客観的立場と意識や実際の対応のズレが端的に示されており、事故の主体的検証が保育所運営の責任主体として求められているといえます。

園長は、本委員会の聞き取り調査に際して、「すべて保育園に責任があるというふうに思っています。」と述べたうえで、Ⅱ-4-(3)に示したように、園運営の「不備」についての反省を述べています。

事故の検証に主体性をもって取り組むことができなかつたという園長の反省は、園運営の責任主体としての意識の確立にとって重要な反省であり、事故の主体的検証の必要性を「保育事故」の防止にかかわる保育所運営の課題として確認しておきたいと考えます。

（２）保育の個別場面における標準的実施方法の明文化とその職員間の共有による確立と不断の見直し

提言 2-2

- ① 各保育場面における標準的実施方法を明文化すること。保育場面の移行期にも十分に配慮した内容とすること。
- ② 食の安全、嚥下にもなう事故の危険性に十分に配慮した標準的実施方法を確立すること。
- ③ 標準的実施方法に対する職員間での共有と不断の見直しをすること。
- ④ 通常の保育の手順から外れた場合の危険性についても認識を持ち、そのような場合の対応についても留意しておくこと。

県の福祉サービス第三者評価の指摘を受けて、「かしの木保育園保育基準」が作成されていましたが、不十分であったという問題があり、特に、保育場面の移行期にも留意したそれぞれの保育の場面におけるリスクの回避に十分に配慮した保育の標準的実施方法の明文化と職員間の共有、不断の見直しの必要性について指摘したいと考えます。加えて、通常の保育の手順から外れた場合の危険性についても認識し、その場合の対応についても留意しておくことが必要といえます。

（３）おやつを選定などの分掌事項についての責任体制の明確化

提言 2-3

- ① おやつ選定におけるチェック体制を強化すること（責任者の確認）。
- ② 配慮が必要な食材であることなど、職員間での必要な情報の共有をすること（認識の共有）。

今回の「保育事故」に関しては、おやつを選定を担当者まかせにしていたという園運営の問題があり、保育所における組織としての課題毎の分掌体制の確立と決定のプロセスにおける責任体制の明確

化の必要性を指摘したいと考えます。

(4) 保育所としてのリスクガバナンスの確立

提言2-4

- ① 機能するヒヤリ・ハット等を整備すること。
- ② 保育所独自の事故防止マニュアルおよび事故対応マニュアルを整備すること。

保育所における自己評価活動などを通して、ヒヤリ・ハット等「保育事故」につながる危険な状況や経験の職員間における不断の検証と共有による「事故防止マニュアル」の整備とともに、「事故対応マニュアル」を整備するなど、保育所としてのリスクガバナンスの確立を進める。(参照：小笠原文孝他「保育環境の整備とリスク・ガバナンスに関する研究」、日本保育協会「保育科学研究」第1巻、2010年度)

(5) 保育所運営の方針やそれにもなう課題（保育形態等の変更を含む）について、保育実践の中で検証と共有がなされるような職員間の協働体制の構築と保護者との連携・協力

提言2-5

- ① 保育所運営の方針やそれにもなう課題（保育形態等の変更を含む）についての職員間の共有と協働体制の構築をすること。
- ② 保育所運営の方針（保育形態等の変更を含む）について保護者への連絡体制の強化を図ること。

保育形態の変更や乳児室の一部の一時保育室への転用などの保育の活動を展開していく上での大きな変更が、基準には適合しているとはいえ、十分な準備や届出もなく、また、保護者への周知もなく進められたことが、今回の「事故」の背景的要因のひとつとしてあるといえるので、そのような観点に立って、保育所運営のあり方の改善について保育関係者の共有すべき課題として提言したいと考えます。

3 「保育事故」の防止にかかわる行政上の課題

(1) 「保育の実施責任」を負っている市町村の行政責任の明確化

提言3-1

保育の実施責任を負っている自治体の行政責任として、「事故検証委員会」（仮称）のような組織を事故発生後のなるべく早期に置くことを制度化すること。

市の対応は、ご遺族の要請を受けての受動的な対応という面がありました。市は児童福祉法第24条により保育の実施責任を有しているにもかかわらず、「かしの木保育園における事故報告書」の作成が、事故から1年以上も過ぎた平成23年12月であることなどにも対応の鈍さが反映されており、事故原因の検証という重要な課題において、園と共同して関係者の記憶を正確に記録するなどの課題に困難を生ずるなど、時期を逸する対応があったことなどは反省点として確認しうるものと考えます。

そのような反省点をふまえ、事故対応をはじめとして、事故の原因究明、保護者への適切な情報提供と対応、事故の再発防止に向けての措置等の検証のための組織が必要となるものと考えますが、現在までこのような制度は存在していません。

したがって、重篤な事故に関しては、「事故検証委員会」（仮称）のような組織を事故発生からなるべく早期に市町村の行政責任として置くことを条例その他適切な形態において制度化する必要性を提言したいと考えます。

なお、都道府県は児童福祉法第 46 条により保育所に対して報告・検査の権限を有していること、さらに、改正同法第 45 条により設備・運営の基準を定める権限を委譲されたことをふまえるならば、設けられる「事故検証委員会」（仮称）には都道府県の関与が不可欠であると考えます。

「事故検証委員会」（仮称）については、事故原因の解明と再発防止を目的とし、事故後できる限り速やかに発足させることが重要です。委員は、専門家で構成される外部委員で構成し、原則公開とし、検討結果については公開していくことが委員会のあり方として想定されます。

（2）「保育事故」発生の際の保育所、市町村、都道府県の適切な連携にもとづく迅速な対応

提言 3-2

- ① 事故発生時には、保育所、市町村、都道府県が連携して、迅速に対応すること。
- ② とりわけ、重篤な事故やそれに関連する事案については、社会的な対応や事故の再発防止等の課題については、保育所や市町村を超えて、都道府県や国の課題としても取り組む必要があること。
- ③ 保育所・市町村・都道府県の適切な連携によるリスクガバナンスの確立の必要性があること。

市から県への事故報告が、事故発生から 7 日後であったことに象徴的に示されていますが、今回の「保育事故」においては、園、市、県が連携して、事故に対して迅速に対応する上で問題があったことを指摘しておきたいと考えます。

「保育事故」にかかわる行政責任は、保育所、市町村レベルで完結するものではないことは、今回の事故を通して明らかであり、とりわけ、社会的な対応や事故の再発防止等の課題については、保育所や市町村を超えて、都道府県や国の課題としても取り組む必要性があります。

保育所・市町村・都道府県の適切な連携によるリスクガバナンスの確立の必要性を指摘しておきたいと思います。今回の第三者委員会がそうであるように、市町村に置かれる上記の提言で示した「事故検証委員会」（仮称）の運営に都道府県としても指導・助言という形で協力することなどは具体的なひとつのイメージとして指摘しうると考えます。

（3）食の安全を始めとする保育にかかわる材料の安全性・適切性についての行政の指導体制の構築

提言 3-3

- ① 保育所を指導・助言する立場にある都道府県および市町村においては、施設の給食・おやつ提供に当たっての食の安全性、適切性の確保について、指導・援助に努めること。
- ② 食の安全と食にかかわる「保育事故」に関する情報の集約と公表を関係団体の連携による行政の課題とすること。

今回の「保育事故」は、与えられたおやつ（「フルーツラムネ」および「おもちゃカステラ」）の安全性が問われた事故という性格を持っているといえます。物性検査の結果からは、当該食品の性質

上、「窒息のリスクと関連づけたデータを出すことは困難」との判断が示されましたが、「食品の一部が気道を閉塞」した「可能性も否定できない」とも指摘されています。

おやつのおやつ中に起きた事故であるということは冷厳な事実であり、そのことをふまえた食の安全への関係者の責任ある対応が求められているといえます。

保育所における食事の提供については、「児童福祉施設における食事の提供に関する援助及び指導について」（平成22年3月厚生労働省通知）に基づき、都道府県および市町村において保育所に対する援助、指導が行われていますが、この通知においては、施設職員特に施設長に対して食事の提供に係る業務の重要性についての認識の向上を図ることと明記されていますが、今回の事故の検証において、園長および担任保育士において、必ずしもその認識が十分になかったことはすでに述べたとおりです。

保育所を指導・助言する立場にある都道府県および市町村においては、当該通知の趣旨をふまえ、食の安全性、適切性の確保に努めるよう保育所を指導・援助することが求められているといえます。

委員会が依頼したおやつのおやつ物の物性検査とかかわって提出された「参考意見」の次の指摘は、行政の課題に対するひとつの問題提起として重要といえます。

「今回の窒息が発生する直前に口に入れていた食品の商品名、サイズなどを正確に記録しておき、また、窒息の発生状況を詳細に記録し公開しておく必要がある。」

委員会は、関係団体との連携によりこのような記録を集約し、公開していくことを行政の課題として提言したいと考えます。

（４）保育の条件整備についての不断の見直しと改善

提言3-4

平成23年の地域主権改革推進一括法により、国から権限が委譲された都道府県や保育の実施責任者である市町村にあっては、保育所における居室や乳幼児1人当たりの面積、人的配置などの保育環境について、不断の見直しと改善を図っていくこと。

児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（旧児童福祉施設最低基準）は、昭和23年に保育所を始めとする児童福祉施設において守られるべき最低の基準を定めたものとして制定されていますが、保育所における居室や乳幼児1人当たりの面積という設備基準は、昭和23年の制定以来60年を超える間、一切見直しがされてきませんでした。

その後、平成23年の地域主権改革推進一括法（第1次一括法）の成立により、都道府県において条例で児童福祉施設の設備及び運営に関する基準を定めることとされました。そのような法改正をうけて、愛知県では、保育所の乳児室等の面積を乳児又は満2歳未満の幼児一人につき3.3平方メートル以上とすることなどを盛り込んだ条例が今年の12月定例県議会で承認されています。

このように、国から地方に権限が委譲されていく状況にあっても、国は保育所として守られるべき基準を定めて、その遵守と改善の責任を引き続き持っているものと考えべきでしょう。

また、権限が委譲された都道府県や保育の実施責任主体である市町村にあっては、子どもに係る保育の質の向上を図るため、保育所における居室や乳幼児1人当たりの面積、必要な人的配置などの保育環境について、自覚と責任を持って不断の見直しと改善を図っていく使命を背負っていることは明らかであり、そのことの必要性を確認し、提言したいと考えます。

(5) 福祉サービス第三者評価、行政監査等の結果を都道府県、市町村、保育所が相互に共有し、保育所運営の改善課題を明確化する連携した指導体制の構築

提言3-5

福祉サービス第三者評価、行政監査等の結果を、都道府県、市町村、保育所が共有し、保育所運営の改善課題を明確にし、協働して改善策の実現に責任を負う関係を築いていくことが必要であること。

かしの木保育園は、福祉サービス第三者評価を受審しており、その評価結果において指摘された課題を深甚に受け止め、園の現状と課題をより深く、より慎重に検証し、園運営において必要な改善策を進めていたとしたならば、事故を未然に防ぐことができたかもしれません。実際には対応が不十分であったことはすでに指摘したとおりです。

この事実をふまえるならば、現実の問題として福祉サービス第三者評価の結果を保育所運営の改善につなげるためには、保育所だけが結果を受け止め、改善策を講じるというだけでは不十分といえるでしょう。結果を、都道府県、市町村、保育所が共有し、課題を明確にし、協働して改善策の実現に責任を負う関係が築かれる必要があることを提言したいと考えます。行政監査についても、同様の関係形成を通しての課題への対応、改善策の実行が求められる点を提言しておきたいと考えます。

平成24年3月に「福祉サービス第三者評価事業に関する指針」の別添である「都道府県推進組織に関するガイドライン」が改正されていますが、その中の「6 第三者評価結果の取扱い」において、新たに次の一文が追加されています。

「事業所の所在する市町村に対して当該第三者評価結果を情報提供するなど、地域住民等に対する周知・広報に努めるものとする。」

委員会の提言は、改正ガイドラインで提起されている課題と認識を共有するものといえます。

委員会は、リスクガバナンスの確立を課題として提言していますが、都道府県、市町村、保育所の連携した課題解決に向けての関係形成は、その重要な基盤であり、構成要素であることも、関連して指摘しておきたいと考えます。

おわりに・・・保育の安全の実現は不断の課題

委員会は、ご遺族の思いを自らの思いとして共有し、「保育事故」再発防止のためにも、「事故」の原因、背景的要因を出来る限り客観的、多面的に検討・検証することが必要であると判断し、外部の専門家や専門機関の知見や判断、分析等も加えて、必要な検討と検証を行ってきました。

委員会の検討・検証を通して明らかになったことは、「保育事故」に関する関係者、関係機関の認識が保育界全体として弱いということです。別な言い方をすれば、嚙下にとまなう「事故」（「誤嚥」）についての認識は、その危険性に比して十分には考慮されていないという状況であるということです。そのことは、保育の実際を担う保育士をはじめとする園関係者の認識にも当然ですが反映し、「事故」の背景的要因になっていたと考えられます。「事故」の直接的原因となったおやつについても、その危険性という観点からの保育の場面での慎重な判断と対応はほとんど行われておりません。指摘したように園としてのチェック体制、行政としての指導體制も不十分であったといえます。

保育の環境条件につきましても、当面の保育ニーズに応えるという課題認識がどちらかといえば優先され、基準の充足だけでなく、保育の安全、「事故」を起こさない保育条件を確保する課題との十分な比較検証、さらには、そのための配慮事項についての認識が園としても行政としても不十分であったといえます。

「事故」という形で問題が顕在化するまえに、危険を予知し、必要な手だてをとることが求められているといえますが、そのような対応を進めるチャンスは、「事故」を起こした当該保育所であるかしの木保育園ならびに碧南市にはあった（県の福祉サービス第三者評価を受審した際の指摘事項など）といえるにもかかわらず、十分な対応がとられない段階で「事故」は起きてしまったといえます。慙愧に堪えません。

保育士ならびに保育所の自己評価が保育所保育指針において努力義務とされていますが、そのような評価活動においても保育の安全を重要な課題として位置づけるとともに、保育所ならびに行政が、それぞれの立場において、現状を総点検し、保育の安全の実現を不断の課題として取り組んでいくことが求められているといえます。

本報告書が、保育界全体の「保育事故」に対する認識と取り組みの強化に資する知見を提供し、保育の安全の実現に貢献しうるとすれば、第三者委員会として信託され、負託された使命と責任の一端を果たし得たものと考えます。

第三者委員会のこれまでの活動に対するご遺族のみなさまをはじめ、すべての関係者のみなさまの真摯なご協力に心より感謝申し上げます。ありがとうございました。

かしの木保育園死亡事故に係る第三者委員会 委員名簿

(五十音順、敬称略)

氏名	職名
いとう せいこう ○伊東世光	愛知県社会福祉協議会保育部会 部会長
うえだ としき 上田敏喜	弁護士
くまだ ひとし 熊田均	弁護士
こんどう まさはる ◎近藤正春	桜花学園大学保育学部 特任教授
さとう きみえ 佐藤祈美栄	愛知県健康福祉部少子化対策監
つがね ふよこ 津金芙蓉子	愛知県栄養士会福祉部会 管理栄養士
やまざき よしひさ 山崎嘉久	あいち小児保健医療総合センター 総合診療部長兼保健センター長

◎委員長、○副委員長