

# **碧南市「保育事故」第三者委員会報告書**

**平成 25 年 2 月**

**かしの木保育園死亡事故第三者委員会**

## 目 次

はじめに .....	1
I 第三者委員会の検討・検証の経過 .....	2
II 「保育事故」の検証の結果 .....	4
1 事故当日の保育体制 .....	4
2 事故の直接的原因 .....	4
(1) おやつの嚥下にともなう気道閉塞による事故 .....	4
(2) 保育士の救命救急上の対応 .....	6
3 事故の背景的要因 .....	7
(1) おやつの物性とそのことをふまえての配慮事項にかかる問題 .....	7
(2) 午睡からおやつへの移行とおやつ時の配慮事項にかかる問題 .....	8
(3) 保育士の見守り体制の問題 .....	8
(4) 0、1歳児の混合保育への保育形態の変更とその条件整備の問題 .....	9
(5) 園の運営上の問題 .....	10
① 福祉サービス第三者評価の受審における指摘事項への対応にかかる問題 .....	10
② おやつの選定にかかるチェック体制の問題 .....	12
③ 保育形態の変更等に関する職員間の協働体制と保護者への周知の問題 .....	12
(6) 都道府県ならびに市町村の行政上の問題 .....	13
① 児童福祉施設最低基準の適用にかかる問題 .....	13
② 行政監査、行政指導にかかる問題 .....	15
4 関連する諸問題の検証 .....	15
(1) 愛知県内の保育所における0、1歳児の混合保育の状況 .....	15
(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 .....	16
(3) 園ならびに市の事故後の対応の問題 .....	17
(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る「保育事故」の位置づけ .....	18

III 「保育事故」の再発防止に向けての提言 .....	20
1 曇下にともなう「保育事故」等についての保育士の専門的知識・技術の向上 .....	20
(1) 資格取得・養成段階の課題 .....	20
(2) 現職教育段階における研修の課題 .....	20
2 「保育事故」の防止にかかわる保育所運営の課題 .....	20
(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 .....	20
(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 .....	21
(3) おやつの選定などの分掌事項についての責任体制の明確化 .....	21
(4) 保育所としてのリスクガバナンスの確立 .....	22
(5) 保育所運営の方針やそれにともなう課題（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 .....	22
3 「保育事故」の防止にかかわる行政上の課題 .....	22
(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 .....	22
(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 .....	23
(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 .....	23
(4) 保育の条件整備についての不断の見直しと改善 .....	24
(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しうる連携した指導体制の構築 .....	25
おわりに .....	26

### 委員名簿

- 資料1 救命救急専門医の意見書
- 資料2 かしの木保育園における事故報告書（平成23年12月、碧南市作成）（抜粋）
- 資料3 物性検査にかかわる参考意見（おやつ関係）
- 資料4 乳児・小児救急法（衣浦東部広域連合消防局）（抜粋）
- 資料5 かしの木保育園保育基準
- 資料6 かしの木保育園の愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

---

---

## はじめに・・・第三者委員会の使命と責任

---

---

第三者委員会は、私立かしの木保育園（以下「園」とする。）で起きた「保育事故」（園児の死亡に至る事故）に関して、園ならびに行政の対応に関するご遺族の異議申し立てに応え、当該「保育事故」の原因と「事故」対応、再発防止に向けての諸課題につき検討・検証する専門家集団の組織として設置されたものであります。このような委員会が愛知県と碧南市との連携により設置されたこと自体が、「保育事故」に対する社会の要請をふまえた行政の責任ある対応として評価されるべきといえますが、本来なら、このような委員会の設置を必要としない状況が保育所ならびに行政の対応として求められていると考えます。

委員会の会議におけるご遺族の陳述にも示されていますが、当該「保育事故」にかかわる園ならびに行政の対応には、ご遺族にとっては看過し得ない問題が含まれていることは、委員会として共有している確認事項といえます。そして、園の関係者、碧南市、愛知県の行政責任者、厚生労働省の関係部局に対して、ご遺族として必要な事情聴取や要請をされてきた経緯の中で確認されてきた事実は、委員会の設置および委員会の検討・検証に際しまして、重要な基礎づけを提供してくれているものと考えています。

第三者委員会の使命は、ご遺族の今までのご苦労とご努力によって明らかにされてきている事実を真摯に受けとめ、当該「保育事故」の直接的原因、背景的要因、「事故」に至る保育の実際、「事故」に際しての園関係者の対応、「事故」後の園ならびに碧南市の対応につき検討・検証するとともに、そのことをふまえて、同じような「保育事故」を二度と起こさないための再発防止に向けての課題について検討・検証し、ご遺族の信託と社会の要請にできる限り応えることになります。

第三者委員会の責任は、ご遺族、園、行政機関という当事者間の関係においてはこれまで明らかにし得なかった課題について、専門家の知見を加えることにより、出来る限り客観的・総合的に問題を検討・検証し、「保育事故」の再発防止に向けての園および行政の課題を明確にすることにより、「保育事故」の防止を含めて「保育の実施責任」を負っている碧南市の負託に応えることになります。

---

---

## I 第三者委員会の検討・検証の経過

---

---

### 1 第1回会議 平成24年5月28日（月）午前10時

#### （1）検討事項

- 議題1 委員長の選任について
- 議題2 副委員長の指名について
- 議題3 園児死亡事故の概要について

#### （2）資料

- ア 委員会名簿
- イ 社会福祉法人樺の木乳幼児福祉会かしの木保育園死亡事故に係る第三者委員会設置規程
- ウ 碧南市附属機関等会議公開規程
- エ かしの木保育園における事故報告書（平成23年12月、碧南市作成）（抜粋）（資料2）
- オ 保育園における事故防止マニュアル（平成23年度、碧南市作成）
- カ かしの木保育園事故関係写真
- キ かしの木保育園見取図

### 2 第2回会議 平成24年7月10日（火）午前10時

#### （1）検討事項

- 議題1 事故現場の視察について
- 議題2 遺族の意見陳述について

#### （2）資料

- ア おやつ提供の経緯について
- イ 事故防止チェックリスト、マニュアル取り組み状況（碧南市内の認可保育所）
- ウ 事故防止チェックリスト（かしの木保育園）
- エ 乳児・小児救急法（衣浦東部広域連合消防局）（抜粋）（資料4）
- オ 乳児室又はほふく室の面積基準について
- カ 国からの通知文書（平成23年10月28日付け厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知等）
- キ 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（抜粋）

### 3 第3回会議 平成24年8月7日（火）午前10時

#### （1）検討事項

- 議題1 事故当時の見守り態勢について（担当保育士および副園長からの聞き取り）
- 議題2 保育園の安全管理体制について（園長からの聞き取り）

### 4 第4回会議 平成24年9月18日（火）午前10時

#### （1）検討事項

意見交換

#### （2）資料

- ア かしの木保育園保育基準（資料5）
- イ 社会福祉法人等指導監査の結果等
- ウ パブリックコメントの概要（愛知県実施）

- \* 第1次一括法（地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律）の施行に伴い条例で定める基準について
- エ 通常保育（延長保育を除く。）の実施形態（クラス別保育・混合保育）に関するとりまとめ表（平成24年8月、愛知県調査）
- オ 保育所における乳児室の面積の取り扱い状況（平成23年8月・平成24年7月、愛知県調査）
- カ 救命救急専門医の意見書（資料1）
- キ BLS：一次救命処置（日本ACLS協会ホームページからの抜粋）
- ク 小児の食物誤嚥による窒息事故死の現状と予防策について～公共施設などにおける事故死例からの検討～（抜粋）（日本職業・災害医学会会誌 JJOMT Vol.58 No.6 から）

## 5 第5回会議 平成24年10月22日（月）午前10時

- (1) 検討事項  
意見交換
- (2) 資料
  - ア 第4回会議資料 ク に同じ（全文）
  - イ 小児保健（全国社会福祉協議会発行 改訂・保育士養成講座編集委員会／編 第5巻 2005年版）（抜粋）
    - 注：後日「小児保健」の改訂版である「子どもの保健」（2012年版）を参照
  - ウ Q&A子どもをめぐる法律相談（新日本法規出版 子どもの権利に関する研究会編集）（抜粋）
  - エ 保育環境の整備とリスク・ガバナンスに関する研究（保育科学研究 第1巻（2010年度））
  - オ 最低基準等に関する検討課題について意見要旨（中央児童福祉審議会保育部会）
  - カ 保育所における乳児に係る保母の配置基準の見直し等について（平成10年4月9日付け厚生省児童家庭局長通知の抜粋）
  - キ 報告書素案（骨子）
  - ク 物性検査にかかる参考意見（おやつ関係）（資料3）
  - ケ 上記参考意見の追加資料（嚥下関係）（藤島一郎著「口から食べる」中央法規出版の抜粋）
  - コ 遺族の要望書（平成24年10月24日付け）

## 6 第6回会議 平成24年11月26日（月）午前10時

- (1) 検討事項  
意見交換
- (2) 資料
  - ア 社会福祉法人樺の木乳幼児福祉会の設立許可について（昭和48年12月22日付け厚生省児童家庭局長通知）
  - イ 報告書項目（案）

## 7 第7回会議 平成24年12月25日（火）午前10時

- (1) 検討事項  
報告書（案）について
- (2) 資料
  - ア 報告書（案）
  - イ かしの木保育園の愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果（資料6）

## II 「保育事故」の検証の結果

### 1 事故当日の保育体制

事故に遭われた児童（平成21年6月生まれ）は、平成22年6月にかしの木保育園に入所し、0歳児クラスで保育を受けていましたが、0歳児の増加にともない同年10月中旬に1歳児クラスに移動し、他の0歳児3人とともに0歳児4人、1歳児13人の混合保育の形態で保育を受けていました。事故当時の年齢は1歳4月でした。

保育所の概要と事故当日の保育体制は、以下の表のとおりです。

施設名 かしの木保育園

所在地 碧南市大浜上町5丁目1番地

開設日 昭和48年12月22日

設置者 社会福祉法人櫻の木乳幼児福祉会

経営事業 保育所、一時預かり事業、地域子育て支援センター、  
老人デイサービスセンター

（表1）0、1歳児クラスの児童数と職員配置（職員1人あたりの児童数を含む）

年齢	0歳	1歳	2歳	3歳	4、5歳	計
在籍人数	13人	13人	12人	24人	42人	104人
出席人数	11人	11人	11人	23人	39人	95人
職員配置	4人	4人	2人	2人	2人	14人
児童数／職員1人	2.7人	2.7人	5.5人	11.5人	19.5人	

（表2）0、1歳児の保育室の面積（児童1人あたりの面積を含む）

クラス名	0歳児	1歳児	計	部屋面積	面積／人
さくら組	9人	0人	9人	21.32 m <sup>2</sup>	2.36 m <sup>2</sup>
ばら組	4人	13人	17人	45.10 m <sup>2</sup>	2.65 m <sup>2</sup>

### 2 事故の直接的原因

#### （1）おやつの嚥下にともなう気道閉塞による事故

当該「保育事故」は、保育時間に提供された「おやつ」の嚥下にともない起きた窒息による低酸素性脳症が原因であることは、本委員会が依頼した名古屋第二赤十字病院第一小児科部長：岩佐充二氏の意見書（以下「意見書」とする。）（資料1）ならびに「かしの木保育園における事故報告書」（平成23年12月、碧南市作成）（以下「碧南市報告書」とする。）における専門家による医学の観点からの検証（資料2）ならびにおやつの物性検査にかかる参考意見（資料3）（以下「参考意見」とする。）において、共通に確認しうる一致した所見といえます。

事故に遭われた児童に提供されていた「おやつ」および「事故の発生状況」は、委員会としては「碧南市報告書」ならびに委員会としての聞き取り調査に基づき、次のように確認しています。

提供されたおやつは、次の種類です。（事故に遭われた児童が実際に食べたのは、下記①、②の2種類です。）

①ラムネ菓子（サンワールド「フルーツラムネ」直径1.5cm程）

②カステラ（サンワールド「おもちゃカステラ」縦3cm、横2cm、厚さ2cm程）

③スナック菓子（サンコー「カリポテスナック」長さ3cm、幅1.5cm、厚さ0.5cm程、魚形状）

④グレープジュース

おやつは、バイキング形式で提供されましたが、事故に遭われた児童の場合は、おやつ担当の保育士がラムネ1個、カステラ（2個）、スナック菓子数個を皿に盛り付けし、担任保育士が運んで、当該児童に向かって右側に正座する形で提供されています。

「碧南市報告書」は次のように事故の発生状況を記述していますが、委員会としては、その記述を確認し、検証作業を進めてきましたので、引用しておきます。

『本児は始めはカステラに手を伸ばすが、担任保育士がラムネを開封すると、ラムネを自分で手に取り、丸ごと一つ口に入れる。口をもごもご動かして、口の中で溶かしながら食べる。その間本児は椅子に座っていた。

担任保育士はラムネが口の中にはいないと、周囲におちていないのを見て確認した。

次に本児がカステラを自分でおやつ皿から一つ手にとって食べる。“大きく噛みとつて噛み潰す”というような食べ方ではなく、“小口で連続して何度も噛みとつてから噛み潰す”というような食べ方をしていた。

カステラ1個目の終わりか2個目の初め頃に、本児が「ごっくん」としたのを担任保育士が見て確認する。その間本児は椅子に座っていた。

カステラ2個目を少しづつ1個目と同じような食べ方で3分の2ほど食べたところで、本児が「おえっ」という表情になり、急に声を出して泣きながら立ち上がり、数歩歩いて担任保育士に寄りかかって抱きついた。』

「意見書」は、事故に遭われた児童の死亡の原因について、次のように述べています。

『発症時の状況、入院後の経過などからして窒息による低酸素性脳症であると考えます。気管内挿管時に異物は認められなかったが、気管内挿管時までに移動した可能性が考えられます。』「碧南市報告書」は、次のように述べています。

『ア 死因となった低酸素性虚血性脳症は酸素欠乏によって引き起こされるものであり、おやつを食べていた状況からおやつが気管を塞いだことによる窒息と判断することが妥当である。

イ 最初「フェーン」と声を出し、その後、声を出して泣いていた時点では、喉でカステラの塊が詰まっていたが、気管を塞ぐような詰まり方ではなく、有効な換気があった可能性が高い。

ウ 泣いている間のしゃくりあげや食べながら走っているときに、口の中の食物が喉の奥にすり込まれて気管を塞いでしまうことがある。

この場合も、カステラの塊がスポンと喉の奥に入り込み、完全に気管支を塞いでしまったのではないか。児童の年齢から直径5ミリもあれば、気管支を塞いでしまう。』

「参考意見」は、「碧南市報告書」の「記載事実が正しいとすると」という留保条件をつけたうえで、次のように述べています。

『報告書の記載内容から判断すると、喉頭や気管内から食物塊は吸引されておらず、食品による窒息というより喉頭痙攣であった可能性が指摘できる。しかし、食品の一部が気道を閉塞して心肺停止状態となり、いろいろな処置を行っている間に閉塞状況が解除された可能性も否定できない。』

本委員会は、参考意見の「留保条件」については、客観的に検証しうる可能性は、現時点においては失われていると判断し、このような所見をふまえ、事故原因については、おやつのおもちゃカステ

ラの嚥下にともない何らかの形でひき起こされた気道閉塞による事故であるとの認識の妥当性を承認したいと考えます。問題はおやつ時に発生した児童の嚥下中の事故ですので、保育現場における救命救急上の対応が適切であったかどうかが問われるを考えます。

## (2) 保育士の救命救急上の対応

碧南市報告書は、救急の観点からの検証に関して、「保育所の職員が実施した救命処置に関しては、救急隊、半田病院医師から適切であったとの意見をいただいていることから、別に専門家の分析は行わないものとする。」と述べていますが、本委員会としては、専門家の意見を聞く必要性があると判断し、意見を求ることとしました。

保育士の救命救急上の対応について、「意見書」は次のように述べています。

『一般的に窒息が発生した場合の一般の人がおこなった処置に対して、技量不足であると責めることは適切でないと思います。医療現場では、毎年何回もトレーニングを行っていますが、それと同じことが一般家庭、保育園で行われることはできないと考えます。今回の事故に関して当日の判断と処置が適切であったかは検証できません。事故後3ヶ月では正確な記述ができません。発生直後に事実関係の記録を残したほうがよかったです。それから正しい評価、反省点が出てくると考えます。そうすれば当初の説明と途中からの説明が変わることはなかったと思います。』

本委員会の委員からは、次のような意見を提出していただいているが、「意見書」を補足する見解として参考になりうるものといえます。

『今回提出いただいた各種の記録類を拝見する限り、(医療的に)正確な事実を記述しているものは(報告書の中にある救急隊の所見以外には)認めないと感じています。これは、報告書等にある記述が数カ月以降経ってからの調査で、単なる記憶に頼っている点、指摘されるとその内容が変わる点、そもそも窒息の原因となる喉頭は(喉頭鏡などの道具を使わないと)見えない場所のため、誰も事実は見ていないなどが理由です。今の時点で、再度、保育士に聞き取り調査を実施してもこの点は変わることはないと思いますので、その聞き取りは不要だと感じます。

本来、救命処置が適切であれば、救命されていなければいけません。結果として死亡されたという事実からは「救命処置は不適切」という結論になります。ただ、だからといって保育士個々の救命処置技術を飛躍的に向上すべく指導すべきであるとの提言は現実的にはナンセンスだと思います。私たち医師であっても、医療器具のない保育現場でこの事故に遭遇した場合に、異物除去が確実に実施できるかと言えば、状況によるという回答になります。もちろんだからといって、保育者に一次救命処置の訓練の必要がないという意味ではありません。』

「意見書」は、窒息の発見については、「苦しそう、不穏である、泣いている、声が出せない、顔色が悪いなどで気がつかれます。」と述べていますが、事故に遭われた児童は「フェーン」という声を出した後に、泣き出し、担任保育士のところに立ちあがり数歩歩いて寄りかかったことがご遺族による保育士への聞き取りで確認されており、その後の保育士の対応としては、3回にわたり口の中から食べ物を取り出すことが試みられております。

気道異物による窒息が疑われる場合の救命処置として口の中からの異物の除去法について、「乳児・小児救急法」(碧南市の研修テキスト)(資料4)では、「口の中に指を入れずに、背部叩打法かハイムリック法を！！」と強調しています。

「意見書」は、次のように述べています。

『意識があり体動している場合は、口の中に食べ物を含んでいる場合で以上の場合は指による

搔き出し、背部叩打、腹部突き上げ、胸部突き上げ、頭部を下げ背部叩打などがあります。ぐったりしている、呼吸が弱々しい場合は胸骨圧迫、人工呼吸を開始する。』

本委員会は、このような、救命救急上の専門的な所見からは、状況による対応の違いも想定されており、その対応の適否を検証し得る情報を得ることが現時点では困難との意見もふまえ、「今回の事故に関して当日の判断と処置が適切であったかは検証できません。」（「意見書」）という見解を妥当な判断と考えます。

### 3 事故の背景的要因

#### （1）おやつの物性とそのことをふまえての配慮事項にかかわる問題

委員会は、依頼したおやつの物性検査については、その実施が困難であるとの判断を受けて、「参考意見」をふまえて検証作業を進めることいたしました。

「参考意見」は、次のように述べています。

『食品の物性検査については、付着性、凝集性等の計測が行われている。この場合、食品そのものを測定するのではなく、口の中で咀嚼させ、咀嚼中間の時点、嚥下直前の時点、飲み込める判断した時点から、それまでに咀嚼に要した時間を20%延長して咀嚼した時点などについての測定が行われている。また、こんにゃく入りゼリーなどでは、喉頭・気管支のモデルを用いて吸引圧の測定が行われている。

今回、本事例が食べたカステラとラムネ菓子について、上記の測定をお願いした。しかし、本事例の窒息が始まった時点で、それぞれの食品が口腔内でどのような状態であったかの条件設定が出来ず、吸引圧の測定値、ならびに物性の測定値を、窒息のリスクと関連づけたデータとして出すことは困難という返事が来た。』

委員会の担任保育士からの聞き取り調査で、カステラとラムネのおやつは、事故以前に、カステラは3回（8月20日、9月29日、10月8日）、ラムネは2回（8月26日、9月27日）、提供したことがあり、「特に問題はなかったですか」という質問に対して、担任保育士は「はい」と答えています。このことからは、特別な配慮が必要なおやつという認識は、保育士の間には無かったと判断できます。

「意見書」は、「気道異物による窒息の予防は食べ物を細かくきざんで食べさせるとなっています。」と述べていますが、そのような配慮事項との関係では、委員会の聞き取り調査では、カステラもラムネもそのまま提供されたことが確認されており、その点は配慮事項との関係で問題といえます。

委員会の意見交換の中で、委員からは、次のような意見が提出されています。

『食べ物を食べるとき、咀嚼困難の場合は咀嚼を助ける意味で、細かく刻むことが必要ですが、嚥下については、口腔内において嚥下しやすい“食塊”を作ることが必要です。・・・丸ごとではなく適切な大きさに切ること・・・その適切な大きさを口に入れることも乳幼児の発達段階において指導していく部分です。・・・ラムネ、カステラともに水分を吸収する食品では水分補給を行い、モグモグ、カミカミをして食塊を作って、飲み込むことが必要であった。』

事故当日のおやつの提供が、バイキング形式ということで、ラムネとカステラが同時に提供されていたことも、それ以前の提供が、それぞれ別々の日に提供されていたこととの関係でいえば、特別な配慮が必要であったとも考えられます。

本委員会は、依頼したおやつの物性検査の実施が困難となったことにより、おやつの提供にかかわる配慮事項について確定的に検証することは難しいと判断せざるを得ませんが、上記の委員の指摘は

食の専門の立場からの重要な意見として受け止めたいと考えます。

## (2) 午睡からおやつへの移行とおやつ時の配慮事項にかかる問題

委員会としての聞き取り調査では、次のような事実が確認されています。

ひとつは、普段は午睡後、手洗いをするにもかかわらず、「その日は、するのをしなかった」という事実と、もうひとつは、事故に遭われた児童は、午睡後、サークルの中から抱きかかえられた状態で、おやつを食べる場所に連れてきてもらったという事実です。

午睡からおやつへの移行とおやつ時の配慮事項に関して、「かしの木保育園保育基準」（資料5）では、おやつ時の役割分担については保育の基準として明記してありますが、それ以外の事項の確認はありません。平成22年度の事故前の見直しで、「おやつの詰め込みに注意」、「交互に水分補給」が配慮事項として加えられていますが、0～2歳児に則しての配慮事項は特に設けられてはおりません。

委員会の中で、出された意見を加えるならば、午睡後の配慮事項として、おやつを食べる前に、見た目だけ起きている状態ではなく、脳が起き、目の前にあるおやつを見て、食べるという意欲が湧いてくる状態であることが重要であり、この“覚醒”状態であることが必要といえますが、上記の聞き取り調査からは、そのような課題の意識化は不十分であったと考えられます。

おやつ時の配慮事項としての「水分補給」についても、聞き取り調査からは、意識化は不十分であったと考えられます。

本委員会は、このような事実確認をふまえ、午睡からおやつへの移行とおやつ時の配慮事項に関して、実際に起きてしまった嚥下にともなう気道閉塞による事故の危険性、加えて個別におやつを提供するという通常の保育の手順から外れた今回の場合のような危険性については、必ずしも十分に意識化されではおらず、そのような危険性をふまえた保育の標準的実施方法（保育の手順）の確認についても、極めて不十分であったと考えます。

## (3) 保育士の見守り体制の問題

「意見書」は、気道異物による窒息の予防に関して次のように述べています。

『子どもの場合、もち、パン、カステラでもたくさん口に詰め込めば窒息します。口の中に食べ物を含んでいる場合は特に目を離さないようにする必要があります。このことは家庭でも保育園でも同じです。』

このような「意見書」の見地から考えれば、おやつの時間に子どもから目を離さずに見守る体制がとられていたかどうかという問題は、重要な問題といえます。

「かしの木保育園保育基準」では、「おやつの詰め込みに注意」という項目が、配慮事項として事故前の見直しで加えられたことはすでに確認しましたが、「1人ひとりの子どもから目を離さない」というような注意は、配慮事項としては明記はされていません。

委員会としての聞き取り調査で、担任保育士は事故に遭われた児童から離れたという記憶はないが、状況を推測すると「離れたのだなとは思っています。」と述べています。

（委員）「おやつを順番に食べていく中で、隣の位置から離れたという記憶はあるんですか。」

（担任保育士）「離れたという自分の行動としては記憶はないのです。ただ、連絡帳がしまってあったことだとか、おやつを食べる前にはしまってない状態で、食べ終わってからいつも記入して、早帰りの子は、そこで帰る前にしまうんですけど、・・・その日はしまっ

てあったりだとか、書かれた字が私の字だというものを見ると私が書いたと思うので、どこで書いたかいうと、やっぱり〇〇君がおやつを食べている間かなという推測なんですが、なので、そういうものを考えると離れたのだなと思っています。」

(委員) 「これまでに、事故の前に、おやつの与え方なんですけど、同じぐらいの月齢の子、年齢の子についてなんですけど、園児が食べている間、ずっと付き添って食べさせているのか、同一年齢の子どもに対する対応としてどういう対応をしていましたか。」

(担任保育士) 「例えば、給食でもおやつでも、食べているときに、寝ている子が起きてしまったりだとか、何かで泣けてしまったりとか、何かしらがあったときは、もちろんそちらに行くんですけど、誰かしらがそこの食べている場にはついていました。」

「意見書」にある「口の中に食べ物を含んでいる場合は特に目を離さないようにする」という見地から、委員会としての聞き取り調査を通して確認し得た事実を検証するならば、保育のなかでそのことを意識的な確認事項とはしていないが、慣習的な形では行われていたと考えることができます。そして、そうであるが故に、子どもから離れるという行動がとられた場合にも、そのことが特に記憶には残らないという結果につながっていると考えられます。

問題は、恒常的な保育形態の場合は、慣習的な方法でも問題が顕在化することなく対応しうるといえますが、今回の事故の直前に、大きな保育形態の変更が実施されていることに園長はじめ関係者が無頓着であったということです。

本委員会は、日常保育の中に、おやつなどの食材による窒息事故が起こり得るという認識を常に持ち、そのためのチェック体制の構築の必要性を指摘しておきたいと考えます。

#### (4) 0、1歳児の混合保育への保育形態の変更とその条件整備の問題

確認すべき事実は、保育事故が起きた直前の9月、10月という年度途中において、大きな保育形態の変更が行われているということです。

園長は、本委員会の聞き取り調査に際して、0、1歳児の保育を乳児保育としてひとくくりのものとして考えることが自然であったと述べていますので、保育形態の年度途中での変更とそれにともなう条件整備に関しては、特に問題として意識されてはいなかったと考えられます。

園の安全管理体制についての聞き取り調査の中で、園長は次のように述べています。

『22年度の話については、やっぱり最初、4月、3人で出発をして、9月までの途中で9人になり、・・・10月の半ばぐらいで4人ぐらい出てきて13人になるんですけども、9人までは何とかいけるけれども、それ以上になっちゃうと、これは大変だという思いがありましたので、0歳、1歳含めて乳児室という世間のくくりですし、それは、乳児保育という格好ですので、そういう格好で移動したと。移動して、なぜという思いは、実はありませんで、それは、私たちとしては自然なことだというふうに実は思っています、・・・特別に、何でここまでして移動したのかという思いは、当時の意識としては、特になかったですね。』

乳児室から、1歳児の部屋へ9月に1人、10月に3人という形で移すことにともなう0、1歳児の混合保育への保育形態の変更は、園長を始めとする園の当事者にとっては、自然なこととして受けとめられ、保育室の面積や職員配置の条件を求められる基準との関係で改善するための保育の条件整備上からの措置という意識が強くあったと考えられます。

園長は、この点について、委員会の質問の回答として、次のように述べています。

『当時の市の、私たちの保育園を含めて、市の面積基準というのは、0歳児、1歳が乳児室と

いうくくりですので、0歳児、1歳の部屋の平米数でもって、例えば、1.65 m<sup>2</sup>で割り戻して何人という、・・・現実として、その当時の乳児の定員は40人なんですけれども、40人を入れるなんてことは現実的にはありませんし、今までなかつたことですので、面積というよりも、いわゆる保育士の人員配置基準でもって、本当に私たちの中ではウエートが多いです。・・・（児童の受け入れの）お話があったときには、やっぱり待機児童を抑えるためにも、人員配置基準の中できりぎりまではお受けするというのは私たちの想いでした。』

この発言からは、園運営の責任者としての当面した課題に対する対応と判断が示されているといえます、条件整備の問題として強く意識されていたのは、人員配置基準の問題であるということです。

児童福施設最低基準（現在は、児童福祉施設の設備及び運営に関する基準）（昭和23年厚生省令第63号）では、第32条で設備の基準を次のように定めています。

1. 乳児又は満2歳に満たない幼児を入所させる保育所には、乳児室又はほふく室、医務室、調理室及び便所を設けること。
2. 乳児室の面積は、乳児又は前号の幼児1人につき1.65平方メートル以上であること。
3. ほふく室の面積は、乳児又は前号の幼児1人につき3.3平方メートル以上であること。

第33条では、職員の配置基準を定めていますが、その第2項で、保育士の数について次のように定めています。

乳児 おおむね3人・・・保育士1人以上

満1歳以上満3歳未満の幼児 おおむね6人・・・保育士1人以上

満3歳以上満4歳未満の幼児 おおむね20人・・・保育士1人以上

満4歳以上の幼児 おおむね30人・・・保育士1人以上

委員会としての園長への聞き取り調査からは、この基準に抵触しないようにという意識が強くあつたと考えることができます。1歳児の部屋に4人の児童を移すことにより、何か新しい保育条件上の問題が派生するというより、保育条件上の問題が解決されるという判断や意識が支配的であり、保育形態の変更にともなう保育条件上の問題があるとは考えられていなかつたといえます。

本委員会は、以上の認識をふまえ、問題は次の点にあると考えます。

求められる基準との関係で、たとえ保育条件は満たされていたとの判断があつたとしても、そのために大きな保育形態の変更がされたことにともなう問題や課題について、条件整備上の問題も含めて、慎重に検討するという用意（問題意識や課題意識）が、園運営の責任者である園長に無かつたと考えられることです。保育形態の変更については、慎重な対応が園運営上求められることを指摘しておきたいと考えます。

## （5）園の運営上の問題

### ① 福祉サービス第三者評価の受審における指摘事項への対応にかかわる問題

碧南市は、福祉サービスの質の向上のための制度として社会福祉法第78条に根拠をもって実施されている愛知県が認証した評価機関による福祉サービス第三者評価を、全市的に受審する方針をいち早く導入してきた自治体のひとつといえます。その中で、かしの木保育園は平成18年度と平成23年度の2回にわたり、福祉サービス第三者評価を受審し、現在に至っています。

福祉サービス第三者評価の第1回の受審を通して指摘された事項および評価結果で、「保育事故」との関係が問われる項目は、以下の3点です。（資料6）

ア 評価結果の総評における「改善を求められる点」として、次の2点が指摘されていることです。

- ・ 標準的な保育の文書化が望まれる。 (例えば、朝の保育室の整備・受け入れ・嘔吐の対処方法等)
- ・ 救急蘇生法の研修

イ 「安全管理」という評価項目の中で、次の2つの基準項目の評価がB判定という結果であったということです。

- ・ 利用者の安全確保のためのリスクを把握し対策を実行している。
- ・ 食中毒の発生時に対応できるマニュアルがあり、さらにその対応方法については、全職員にも周知されている。

ウ 「保育の固有サービス」に関する評価結果において、乳児保育に関する次の項目だけB評価であったということです。 (他の項目はすべてA評価)

- ・ 乳児保育のための環境が整備され、保育の内容や方法に配慮がみられる。

このような福祉サービス第三者評価の指摘や結果を受けて、かしの木保育園がどのように対応し、改善の取り組みを進めてきたかを検証する必要があるといえます。

園長は、委員会の聞き取り調査において、次のように福祉サービス第三者評価の指摘や結果を受けての園としての対応や取り組みを述べています。

ア 「一日の流れに沿った「かしの木保育園保育基準」を作成し、保育の指針としています。」

イ 「救急救命講習会は、第三者評価第1回受審後、市こども課が消防署に働きかけて保育士対象の救急蘇生研修会を実施し、19年度2回実施4名参加、20年度5回実施10名参加、21年度2回実施6名参加、22年度6回実施18名参加、23年度1回実施2名参加しています。その他に22年度に西三河広域の救急研修会が1回あり1名参加しています。」

ウ 「第1回受審の時は事故報告書とヒヤリハット、緊急連絡体制表だけでしたが、保育事故以後それ以外に園舎内外危険個所の総ざらいをしてリスクを把握したり、「子どもに対する安全配慮義務緊急時職員対応マニュアル」を作成し、具体的に誰がどのように対応するか担当職員を決めて各保育室に掲示して、緊急時対応訓練を実施して利用者の安全確保のための対策を実行しています。」

エ 「食中毒マニュアルは県の衛生マニュアルや市の大量調理マニュアルをマニュアルとしていましたが、それは保育園独自のマニュアルではないとの指摘を受け、いろいろ資料を集めて保育園のマニュアルを作成しました。」

オ 「評価項目の改善に向けたメモでの「人工呼吸器の研修及び救急蘇生法の研修の実施をされたい。」との指摘を受けて、(上記イにかかわる)研修会に保育士が参加して取り組んでいます。」

園長の以上の回答からは、福祉サービス第三者評価の指摘や結果を受けて、園としての対応や取り組みが進められてきたことは確認できます。しかも、標準的な保育の文書化—利用者の安全確保のためのリスク把握—乳児保育の環境整備、内容や方法の配慮—救急蘇生法の研修というようにキーワード整理すれば、「保育事故」に結びつく問題が指摘されており、繋がっていたともいえますが、この段階においては、子どもの嚥下にともなう気道閉塞による事故の危険性についての認識と結びつけて課題を把握し、対応しているということは確認できません。

「かしの木保育園保育基準」について、すでに指摘したように、午睡からおやつの時間への移行、おやつの時間の標準的な保育の実施についても、子どもの嚥下にともなう気道閉塞による事故の危険性への認識や対応は十分とはいえない段階で、実際の事故は起きており、事故発生の4年前に、福

祉サービス第三者評価の指摘や評価結果を受けているにもかかわらず、それが事故の発生を未然に防ぐ上で有効に機能しなかったことはきわめて残念なことであり、問題として指摘せざるをえません。

また、園長への聞き取りの中でヒヤリハット報告が行われているとの表明がありましたが、事故直後に園が事故発生状況を組織的に把握していなかったことからも、本来最も活用されなければいけない「窒息」事故発生時に、全く機能していなかった点は大きな体制上の不備と言わざるをえません。

## ② おやつの選定にかかわるチェック体制の問題

園長は、委員会の聞き取り調査において、おやつの選定に関して、次のように述べています。

(委員) 「おやつの内容について、発達段階との関係についての十分な配慮を含めて、その妥当性・適切性についてチェックする体制はとられていましたか。」

(園長) 「おやつは離乳食期は発達段階に応じて果汁・バナナすりつぶし・ヨーグルト・赤ちゃんせんべいなどですが、普通食移行後は給食振興会のおやつのチェックはしていません。」

(委員) 「おやつをどのような基準で選んでいたか。おやつを選んでいるのは誰か。」

(園長) 「おやつは県給食振興会の商品カタログより硬さなどを考慮しておやつ担当保育士が選んで発注していますが、おやつを選ぶ明確な基準はありませんでした。」

事故発生当時の園運営の状況としては、おやつの選定においては、明確な基準は無く、担当保育士が選んで発注していて、チェックする体制はとられていなかったことが確認できますが、このような園運営の状況に、おやつの重要性（危険性も含めて）に関する園としての課題意識や問題意識の欠如が示されているといえます。

また、おやつをバイキング方式にした目的が明らかでなく、保育者の満足で実施された感があります。当日は、分量を決め保育者が盛り付けを行ったということですが、まだおやつを乳児の自主性に任せ自由に選択させる能力のある時期ではなく、保育者が選択して食べ方を教える時期であると考えるべきでしょう。食べる機能の発達には個人差があり、その児の状態を考慮しての選択および指導が必要といえます。

委員会は、事故の背景的な要因のひとつとして、このような園運営の問題があったと考えます。

## ③ 保育形態の変更等に関する職員間の協働体制と保護者への周知の問題

嚙下にともなう事故の危険性を想定した午睡からおやつへの移行とおやつ時の配慮事項が、保育の標準的実施方法として十分に確認されていない中で、事故直前の9月、10月に0、1歳児の混合保育の実施という大きな保育形態の変更が行われたことが、大きな影響を保育に及ぼしていると考えることができます。

0、1歳児の混合保育に関しては、一般的な保育形態として多くの保育所において実施されている形態（後述の資料7参照）であり、それ自体が事故の要因とは直接的にはいえませんが、このような保育形態の大きな変更に際して、担当保育士間で保育の標準的実施方法等についての必要な見直しと確認が十分に行われていたかという点は、重要であり、委員会の聞き取り調査では、その点について十分には行われていなかったというように判断せざるをえず、問題として指摘しておきたいと考えます。次の委員と担任保育士の質問とそれへの返答の中に、その状況は示されているといえます。

(委員) 「一緒になったときに、どれくらい、話し合いを持たれましたか、特に。今度から一緒になるね、4人入るねというときに。どれぐらいの時間。」

(担任保育士) 「時間ですか。話し合った時間ということですね。」

(委員) 「そうですね。」

(担任保育士) 「時間・・・。その都度、1つことを話し合ってはいたんですけど、入るに当たって、例えば・・・。入るから話し合いをしましょうというよりは、その都度、話し合いをしていたので、それ、多分、一回ずつにすれば、そんなに長くはないと思います。」

このような質問と返答からは、保育形態の変更が行われ、0、1歳児の混合保育という新しい形態で保育が実施されるようになる時点で、保育の標準的な実施方法についての組織的な見直しや確認がされていたとは考えにくいといえます。

加えて、このような保育形態の大きな変更について、保護者への周知が全く行われていなかったことも確認されています。乳児保育においては、個別指導のウエートが高く、家庭との密接な意思疎通と連携が不可欠であるといえますが、そのような点からも、保護者への周知が行われていなかったことは問題として指摘しておきたいと考えます。

保育事故がこのような保育形態の大きな変更の直後に起きていることを考えた場合、「かしの木保育園保育基準」で確認されている「おやつ時の役割分担」についても十分な検証や相互確認も行われていない段階で、かつ、家庭との連絡に関するも不十分な段階で、ある意味では、園運営の移行期に不幸にも起きてしまった事故と考えざるを得ないといえます。

委員会は、乳幼児期の子どもにとって大きな環境の変化をともなう保育形態の変更という問題の重大性についての園長を始めとする園関係者の認識の甘さを問題として指摘しておきたいと思います。

## (6) 都道府県ならびに市町村の行政上の問題

### ① 児童福祉施設最低基準の適用にかかる問題

乳児保育は、平成10年4月の厚生省児童家庭局保育課長通知「特別保育事業の実施について」により、それ以前の「乳児保育指定保育所」による実施を改めて、「乳児保育の一般化」が進められ、すべての保育所で乳児保育を実施できる体制へ移行し、現在に至っています。

この「乳児保育の一般化」は、都市部を中心に「保育所における待機児童の解消は大きな課題であるが、特に乳児については、他の年齢に比べて、待機児童の割合が高く、その解消が急務となっている。」（平成10年7月厚生省児童家庭局長通知「乳児保育促進対策事業の実施について」）との課題認識をふまえて実施されたものといえます。

「乳児保育の一般化」の制度実施と関連して、中央児童福祉審議会保育部会では児童福祉施設最低基準の見直しについての意見の取りまとめが行われ、次のように課題が整理されています。

『都心部を中心に低年齢児待機の解消が大きな課題となっていることから、乳児保育については、現行の乳児保育指定保育所制度を廃止するとともに、保母の配置基準を6:1（乳児概ね6人につき保母1人以上配置）から3:1（乳児概ね3人につき保母1人以上配置）に引き上げ、乳児保育を全ての保育所で実施できるよう一般化する必要がある。

また、現行の乳児保育指定保育所の指定要件のうち、一定数以上の乳児を入所させる保育所に対する保健婦又は看護婦の配置、乳児室・ほふく室の面積基準（合計して乳児1人につき5m<sup>2</sup>以上であること）、保健室・調乳室・沐浴室の設置については、既に指定保育所以外で保育を受けている乳児が相当数存在する中で、最低基準に盛り込むことについては慎重であるべきと考えるが、こうした要件を満たすよう今後とも指導していくべきである。特に、乳児室・ほふく室については、面積基準の改善を引き続き検討する必要がある。』

中央児童福祉審議会保育部会の審議における意見の整理をふまえて、児童福祉施設最低基準の省令

改正が平成 10 年 4 月 9 日に公布され、「乳児保育の一般化」が図られ、保育所の保育士数が現行の「乳児については、乳児おおむね 3 人につき 1 人以上」（第 33 条第 2 項）に改められています。

児童福祉施設最低基準の見直しに関連して、同日に厚生省児童家庭局長通知「保育所の乳児に係る保育士の配置基準の見直し等について」が、各都道府県知事・各政令指定都市市長・各中核市市長宛に出されていますが、そこでは、留意事項として次のような指摘がされています。

『乳児保育指定保育所及び乳児保育指定外保育所・・・については・・・廃止されたところであるが、今後とも、乳児の保育を行う保育所にあっては、従来の指定保育所等の要件となっていた設備及び職員の基準（乳児室及びほふく室の面積基準、保健室・調乳室・沐浴室の設置、乳児保育に経験を有する保育士の配置及び保健婦（又は看護婦）の配置）を満たすよう指導すること。なお、乳児の待機が多い地域においては、一時的にこうした基準を満たせなくとも止むを得ないものであるが、この場合であっても、最低基準を遵守するとともに、こうした基準を満たすよう努力すること。』

この通知に関連して、平成 13 年 3 月 30 日には厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知「待機児童解消に向けた児童福祉施設最低基準に係る留意事項について」が、改めて各都道府知事・各政令指定都市市長・各中核市市長宛出されていることに留意する必要があるといえます。

『乳児の保育を行う乳児室及びほふく室の面積に関しては、「保育所における乳児に係る保育士の配置基準の見直し等について（平成 10 年 4 月 9 日児発第 305 号）」・・・に示されているところであるが、かつての乳児保育指定保育所に係る面積基準（5 平方メートル）の故に乳児の待機が多く発生しているのであれば、それは当該通知の趣旨にそぐわないものである。乳児の待機が多い地域においては、児童福祉施設最低基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号）を満たす限り、積極的に保育に欠ける乳児を受け入れるよう配慮されたい。』

乳児保育の一般化が、乳児を中心とする待機児童の解消という課題と結びついた制度として実施され、それにともない児童福祉施設最低基準の見直しが進められてきた経緯の概略を確認してきましたが、平成 13 年 3 月 30 日の雇用均等・児童家庭局保育課長通知「待機児童解消に向けた児童福祉施設最低基準に係る留意事項について」が、「児童福祉施設最低基準（昭和 23 年厚生省令第 63 号）を満たす限り、積極的に保育に欠ける乳児を受け入れるよう配慮されたい」としている点が、愛知県の乳児保育の実施に関する児童福祉施設最低基準の適用における今までの基本的立場を根拠づけているといえます。

しかしながら、上記の平成 10 年 4 月 9 日の厚生省児童家庭局長通知で示されている課題認識が、国を含めて今まで等閑視してきたことは問題と考えます。

国は事故後の平成 23 年 10 月 28 日厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知により「0 歳及び 1 歳児の居室面積については・・・具体的年齢によらず、子どもが自らの意思で動き回る前の発達段階においては、乳児室のひとりあたり  $1.65\text{ m}^2$  という基準が、子どもが自らの意思でほふくにより動き回ることができる発達段階に至った時点ではほふく室のひとりあたり  $3.3\text{ m}^2$  という基準がそれぞれ適用となる。」と明示することとなりました。

委員会は、国が待機児童解消を優先的な課題とし、結果として、基準の改善を先送りしてきたことから、各自治体での解釈が異なっていたという実態があったことを確認していますが、そうであるとするならば、国は以前より明確なガイドラインを準備すべきであったということがいえます。このようなあいまいな状況においては、県、市の基準の解釈が違法であったとまではいえないものの、児童福祉法第 24 条により保育の実施につき責任を負う市町村において、また同法第 46 条により監督

権限を有する都道府県において、各自治体の情報交流と収集を積極的に進め、健康、安全で情緒の安定した生活ができる保育環境の実現のため乳児保育の基準の向上に努めるべきであったと考えます。

## ② 行政監査、行政指導にかかわる問題

園長に対する委員会の聞き取り調査において、園長は乳児保育にかかわる面積基準の理解について、次のように答えています。

(委員) 「乳児室、ほふく室の基準について園としての理解がどのようにであったか。」

(園長) 「乳児室の面積基準は 1.65 m<sup>2</sup>、ほふく室の面積基準は 3.3 m<sup>2</sup>と承知していますが、ほふく室の設置は必置ではないと理解しています。」

(委員) 「事故の前において、0歳児で「ほふくできる」子のスペースについて 1.65 m<sup>2</sup>と理解していたのか、3.3 m<sup>2</sup>と理解していたのか。」

(園長) 「0歳児も1歳児もほふくできる子もできない子も含めて乳児室は 1.65 m<sup>2</sup>と理解していました。開設以来何十年も 1.65 m<sup>2</sup>ですし、園舎建替の時の定員変更届も 1.65 m<sup>2</sup>で出していますし、1.65 m<sup>2</sup>を疑ったことはありませんでした。」

聞き取り調査での園長の回答にも示されていますが、県の行政監査や、県・市の行政指導において、かしの木保育園の0、1歳児の定員40人は、面積基準1.65 m<sup>2</sup>を満たしているという判断で認可されていたことは、委員会としても資料をふまえて確認しています。関連して、当該保育所が、乳児室の一部を、県への届け出もなく一時保育室へ転用したという事実がありますが、その際の行政指導としては、届け出の不備についての指摘はあったものの、条件の変更にともない乳児室の面積が縮減されていたにもかかわらず、乳児保育に関わる面積基準の改善等については、事故前・事故後においても、特に指導はされていないことを委員会としては確認しています。

県の面積基準の考え方とそれに基づく行政指導に関しては、委員会での県委員の次の発言によっても確認することができます。

『県の面積基準の考え方、これにつきましては、本県といたしましては、昨年度から申し上げているところでございますが、省令で定める児童福祉最低基準のとおり、ゼロから1歳児を入所させる保育所には、乳児室の場合は、1人当たり1.65 m<sup>2</sup>、ほふく室については、3.3 m<sup>2</sup>以上確保するよう、ここで基準のところで、「乳児室又はほふく室を設けること」という条文でございますので、この条文どおり解釈いたしまして市町村を指導しているところでございます。・・・本県が、独自に狭義に解釈している、そのようには考えていないところでございます。・・・昨年の5月中旬でございますが、(厚生労働省に)この国の基準の解釈について確認をいたしましたところ、問題ない旨の回答を得ているところでございます。』(その後、先に述べた平成23年10月28日厚生労働省通知により、解釈が明示されています。)

事故以前においては、県の乳児室等についての面積基準の考え方とそれに基づく行政指導が、厚生労働省も容認してきた解釈であることは、先の委員の発言を通して確認したことといえます、上記((6)①)で指摘した問題がそのような事実を通して、あらためて示されているといえます。

## 4 関連する諸問題の検証

### (1) 愛知県内の保育所における0、1歳児の混合保育の状況

委員会は、混合保育自体に問題があるわけではなく積極的に推進する実践も多くあることをふまえ、愛知県内の混合保育の実施状況について、県に調査を依頼しました。資料7はその結果ですが、175園、23.84%の園で、0、1歳児の混合保育が実施されているという状況が確認できます。