第5章

事例編〔愛知県の事例〕

第５章　事例編（愛知県の事例）

安藤　　哲 委員

本稿では、平成22年（2010年）10月に発生した、愛知県碧南市の保育所における３歳未満児（１歳４カ月の男子）の窒息死亡事故の事例と、その後の対応について「事故報告書」をもとにこれからの課題について考えてみたいと思う。

１．事故の経緯

平成22年10月29日（金）午後２時40分、乳児のおやつ時間が始まるが、本児は午後３時20分に午睡から起きる。おやつのラムネ菓子とカステラを食べ始める。午後３時30分過ぎ、本児が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。本児は腕や身体を動かし、声を出して泣いている。担任保育士は口内の食物を出そうとしたが、嫌がって横を向いてしまった。Ａ保育士は、口内に食物が入っているのが見えたため、それが泣いている間にのどの奥に入るといけないので「出さなきゃダメだよ。」と言った。３時34分、３階デイサービス職員の看護師を部屋に案内してから、２階で救急車に連絡する。保育士は救急隊から呼吸の確認を要請される。保育士は本児の泣き声が弱々しくなったと感じた。３時43分、救急隊が患者に接触。３時58分、病院到着。59分病院収容。その後12月７日（火）未明に児童が亡くなられたとの連絡を受ける。診断名は低酸素性虚血性脳症（詳しくは、『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 http://www.city.hekinan.aichi.jp/kodomoka/jikohoukoku.pdf）を参照のこと）。

２．専門家による事故の検証について

（１）医学の観点から

医学の観点からの検証で、３歳未満の児童は事故のリスクが非常に高いことから、「乳児のことを理解する研修体系が必要」と指摘されている。このことについて、これまで保育の現場から言い続けてきたことは、乳児保育において保育士としての専門知識のみで保育にあたることは極めて不安であり、保健師もしくは看護師といった専門知識をもったものがこれにあたることが望ましいという意見である。今回の事例でもこの施設において、デイサービス事業を併設して行っており、ここに看護師が配置されて看護師の適切な判断のもとに対処された報告がなされていたものの、事故の現場に居合わせていたらより適切な判断のもとに対応できたのではないかと考えられる。

（2）保育学の観点から

指摘されている事柄をみると、「個別保育を重視」、そして「乳児の容態は急変しやすいという認識」の２点についてその考えを述べることとする。

現在、乳児保育における国の保育士配置基準は、０歳児が３：１、１・２歳児が６：１となっているが、実際には各市町村がそれぞれの財政能力に応じて、あるいは現場からの要望によってさまざまな基準を設けて実施しているのが現状である。乳児保育の原点に立って考えれば、乳児期の不安定な発達段階にあっては集団保育が成り立つものでなく、配置基準という数字で保育を考えるべきでないのは当然のことである。よって、乳児保育そのもののあり方について、しっかりした議論が期待される。

男女雇用機会均等法や労働力の確保のために女性の社会進出が進む中で、様々な分野からの要求に応じて保育がなされることとなり、乳児保育はもちろん、長時間保育や一時的保育事業あるいは障害児保育など、大きなリスクを受ける保育需要が拡大しているのが現状である。このため、特に乳児保育における「個別保育を重視」するべき人的配置など地方格差のない一貫した制度の構築が望まれる。

（3）栄養学の観点から、その他の検証

栄養学の観点からは、当該年齢児における食欲の過多、妥当な食べ物であるかどうか、食べ物と水分補給の関係など、個々の生育状況にあったきめ細かな対応が不可欠であることが指摘され、そのうえに誤飲・誤嚥の危険性を踏まえた初期の対処方法を身につけておくべきなど、保育士としての職分を超える課題まで言及されることとなった。

これまで述べてきたように、さまざまな分野での検証が行われ、一定の方向性を見出すべき具体的な課題が見出されてきたように思われる。

その他、救急の観点から、あるいは社会学の観点からという検証が必要であるという問題点も出されたが、具体的な結論を見出すことは出来ず、今後の課題として期待される。

（4）再発防止に向けての検証

事故の直接的原因としては、医師の検証によって窒息事故とされたが、事故の間接的要因について保育現場の中で再確認すべき問題点が多くあげられた。子どもとの視線が適切な距離・角度であるかどうか、繰り返される「食べる」という行為に対する慣れと油断など、「子どもの命を守る」という観点から保育を見直すことの重要性が指摘された。その他、児童の発達に見合った食事内容（大きさ・固さ）であるかどうか、乳児に対する知識が充分周知されているかどうか、緊急事態に対する訓練がどの程度行われているか、などが指摘された。また、環境的・制度的要因についても、乳児室の必要面積が曖昧な状態であったことも指摘されている。

（５）再発防止の具体的取組み

この報告書において、事故の再発防止や緩和のために、として

①　事故を起こしにくい保育環境の整備、

②　事故に対する意識の醸成、

③　事故が起きた場合の緩和措置の習得、

の３点を挙げた。

その具体的な取り組みとして

①　法令、基準の遵守

②　事故防止マニュアルの整備

③　研修の充実

④　食育、その他の支援

の４点について具体的な内容が検討されている。

法令、基準の遵守については、乳児室の面積基準が、乳児室の1.65㎡とほふく室3.3㎡との関係において、ほふくを必要とする乳児について3.3㎡とあり、「必要とする」という主観的な判断に委ねられていたものを、今回の報告書では、「２歳未満児の一人当たりの面積を3.3 ㎡以上確保し、平成24年度から実施するものとする。」という結論が得られたことは大きな前進であった。

次に、事故防止マニュアルの整備について、「事故に対する意識の醸成」のために日常的に行うことの大切さが問われた点が大きな成果であった。

その他、研修の充実、食育その他の支援について、事故防止に関わる専門的な研修や、食育についても栄養士や看護師などの専門的知識を持った者が現場の中で直接かかわることが必要であり、業務上保育士にあまりにも大きな負担をかけすぎることの危険性を孕んでいるように思われる。平成20年に改定された「保育所保育指針」においても乳幼児の保育のみにとどまらず、地域の子育て支援のための様々な援助などがあげられ、保育所保育士配置基準にそれぞれの分野における、より専門的な人員の配置を考えていかなければならないことを、今回の報告書の中において言葉の背景に大きく感じられた。

最後の「おわりに」の項目の中で、「保育所は、集団生活の中、児童が安全に楽しく生活しながら健やかな育ちを促すことを期待されている。子育てと仕事を両立する家庭が増える中、

保育に対する期待や役割は高まるばかりである。期待に応え、役割を果たすため、保育に関わる者は人間性と専門性の向上のため、常に研鑽を怠ってはならない。」と結論としてあげられている。

これからの保育所を考えるとき、その責任の重さを痛感すると同時に、そこに働く保育士の環境にも配慮していくことは不可欠な要因であると考える。もちろん経済的身分的保証もさることながら、精神的にも十分に配慮された環境の中で保育ができるようしなければならないと思う。子どもたちが心豊かにのびのびと楽しい保育園生活を送るためには、それに関わる保育士も同様に、心豊かにのびのびと楽しい職場環境が保証されなければならない。

最後に、愛知県では、今回の事故報告書をとおして、独自に「保育所事故対応指針」をまとめ、各市町村に対してこれに準じたそれぞれの指針を設けるよう促すこととした。（以下、目次部分のみ掲載。全文は、http://www.pref.aichi.jp/0000062804.htmlを参照のこと）。

保育所事故対応指針

愛知県

平成25年６月

目　　次

はじめに……1
《保育所編》
１　事故の未然防止のために……2
２　事故への対応……4
３　再発防止のために……7
《市町村編》
１　危機管理体制について……8
２　事故への対応……9
３　再発防止のために……10
おわりに……12
（資料）
（別紙１）チェックリストの一例 ……13
（別紙２）保育所事故報告様式 ……15
碧南市「保育事故」第三者委員会報告書（抜粋）……16